



Evaluering af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen

Andersen, Henning Boje; Andersen, Verner; Beisner, Kristine

Publication date:
2007

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link back to DTU Orbit](#)

Citation (APA):
Andersen, H. B., Andersen, V., & Beisner, K. (2007). *Evaluering af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen*. Risø National Laboratory. Denmark. Forskningscenter Risoe. Risoe-R No. 1595(DA)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Risø-R-1595(DA)

Evaluering af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen

Henning Boje Andersen, Verner Andersen og
Kristine Beisner

Forfattere: Henning Boje Andersen, Verner Andersen og Kristine Beisner
Titel: Evaluering af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen
Afdeling: Systemanalyse

Risø-R-1595(DA)
Januar 2007

Resumé

Rapporten beskriver resultater fra en spørgeskemaundersøgelse om erfaringer med rapportering af utilsigtede hændelser blandt patientsikkerhedsansvarlige, kvalitetskoordinatorer, funktionsenhedsledere og afsnitsledere i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Undersøgelsen blev foretaget i elektronisk format i november 2006 af Forskningscenter Risø i samarbejde med RiskEnheden/FoQUS, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen har været, at afdække centrale brugeres erfaringer med rapporteringssystemet med henblik på en evaluering af systemet.

Til undersøgelsen er blevet udarbejdet et spørgeskema af RiskEnheden og Risø til gruppen af patientsikkerhedsansvarlige og kvalitetskoordinatorer og, med gentagelse af cirka halvdelen af spørgsmålene, til ledergruppen. Spørgeskemaet omfatter temaerne: organisation, rapportering, analyse og handlinger, formidling, formidling fra RiskEnheden, patienter og personale, effekter og nyttevirkning.

ISSN 0106-2840
ISBN 978-87-550-3581-2

Kontrakt nr.:

Gruppens reg. nr.:
1225119

Abstract

This report describes results of a survey as related to the experience of reporting adverse events among patient safety managers (risk managers), quality coordinators, and leaders of units and departments in the hospitals of (the former) Frederiksborg County Health Service. The survey was performed electronically in November 2006 by Risø National Laboratory in cooperation with the Frederiksborg County Risk Unit. The purpose of the survey was to elicit the experience of principal users of the reporting system for the purpose of evaluating the system.

A questionnaire has been developed by the Risk Unit and Risø for the patient safety managers and quality coordinators and, replicating about half the questions, for the group of leaders. The questionnaire, reproduced in this report, includes the themes: organisation, reporting, analysis and actions, communication, communication from the Risk Unit, patients and staff, effects and efficiency.

Sider: 70
Referencer: 9
Forskningscenter Risø
Afdelingen for Informationsservice
P.O.Box 49
DK-4000 Roskilde
Danmark
Telefon +45 46774004
bibl@risoe.dk
Fax +45 46774013
www.risoe.dk

INDHOLD

1 Forord	4
2 Indledning	4
2.1. Lov om patientsikkerhed og rapportering	4
2.2. Rapportering af utilsigtede hændelser i FAS	4
3 Materialer, svarpersoner og metoder	5
3.1. Spørgeskemaerne	5
3.2. Indsamlingsmetode	6
3.3. Svargrupper	6
3.4. Indsamling af data	6
4 Resultater	6
4.1. Statistisk analyse	7
4.2. Organisering	8
4.3. Rapportering	10
4.4. Analyse og handlinger / tiltag	12
4.5. Formidling	14
4.6. Formidling fra RiskEnheden	15
4.7. Patienter og personale	16
4.8. Effekter og nyttevirkning	17
5 Fremadrettede patientsikkerhedsaktiviteter	18
6 Respondenternes kommentarer og forslag	19
7 Opsummering og anbefalinger	20
8 Referencer	21
Appendiks 1:	Spørgeskemaer: PKA/KK-gruppen og ledergruppen
Appendiks 2:	Tabeller over svar fra ledergruppen og PSA/KK-gruppen
Appendiks 3:	Respondenternes egne kommentarer
Appendiks 4:	Introduktionsbrev udsendt fra RiskEnheden/FoQUS
Appendiks 5:	Invitation med link udsendt fra Risø/RiskEnheden

1 Forord

Denne rapport er trykt i 500 eksemplarer til Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (nu Nordsjællands Hospital) februar 2007. Dele af resultaterne af den undersøgelse, der beskrives i rapporten, vil blive søgt offentliggjort i fagligt tidsskrift. Rapporten kan hentes som elektronisk publikation fra Forskningscenter Risøs websider på adressen:

<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/syspdf/ris-r-1595.pdf>

2 Indledning

Denne rapport beskriver resultater fra en anonym spørgeskema-undersøgelse blandt patientsikkerhedsansvarlige, kvalitetskoordinatorer, funktionsenhedsledere og mellemledere i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen om erfaringer med rapportering af utilsigtede hændelser. Undersøgelsen blev foretaget i elektronisk format i november 2006 af Forskningscenter Risø i samarbejde med RiskEnheden/FoQUS, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen¹.

Undersøgelsen er blevet planlagt af RiskEnheden/FoQUS, men er gennemført af Forskningscenter Risø, Afdeling for Systemanalyse i samarbejde med RiskEnheden. På baggrund af et detaljeret oplæg fra RiskEnheden/FoQUS, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen med oversigt over temaer og undertemaer har RiskEnheden/FoQUS og Risø i september-oktober 2006 udarbejdet spørgeskema til henholdsvis gruppen af patientsikkerhedsansvarlige og kvalitetskoordinatorer og gruppen af funktionsenhedsledere og mellemledere. Skemaet til førstnævnte gruppe (det "lange" skema: PSA/KK-skemaet) indeholder 43 spørgsmål, heraf en tredjedel spørgsmål, der opfordrer brugere til at skrive svar med deres egne ord (fritekst-svar). Fra dette skema er gentaget 19 spørgsmål i skemaet til ledergruppen (det "korte skema: FE/ML-skemaet).

2.1. Lov om patientsikkerhed og rapportering

Den første januar 2004 trådte Lov om Patientsikkerhed i Sundhedsvæsenet i kraft (1). Det blev hermed den første lov i verden, som på den ene side gør det pligtigt for sundhedspersoner at rapportere utilsigtede hændelser, og pålægger hospitalejere og Sundhedsstyrelsen at analysere hændelserne og handle på den frembragte viden, og på den anden side gør det straffrit at rapportere om fejl. Det hedder i lovens paragraf 6, at en "sundhedsperson, som indrapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndighed, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferettslige sanktioner af domstolene."

2.2. Rapportering af utilsigtede hændelser i FAS

På baggrund af internationale erfaringer med rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse (2) og med afsæt i nationale rekommandationer (3), skitserede man et rapporteringssystem til utilsigtede hændelser i det daværende Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (nu Nordsjællands Hospital) (4). Rapporteringssystemet blev pilottestet i 2003-2004 (5) og blev efterfølgende

¹ Pr. 1.1.2007 er FoQUS som led i kommunalreformen blevet til Kvalitets- og Udviklingsafdelingen ved Nordsjællands Hospital.

implementeret i hele amtets somatiske sundhedsvæsen. I forlængelse af pilot-testen blev det vedtaget, at systemet skulle evalueres efter to års drift.

Rapporteringssystemet hviler på den indsats som udføres af godt 120 medarbejdere (patientsikkerhedsansvarlige), som ved siden af deres kliniske arbejde har fået til opgave at modtage hændelsesrapporter fra kolleger, iværksætte analyser, sørge for at der ydes støtte til personale, der har været involveret i en hændelse, samt formidle viden og diskutere patientsikkerhed. Som udgangspunkt herfor har de alle gennemgået et 2-dages patientsikkerhedskursus. De patientsikkerhedsansvarlige er fordelt i sundhedsvæsenets organisatoriske enheder (Funktionsenheder, FE) og tæller bl.a. læger, sygeplejersker, bioanalytikere, fysioterapeuter og sekretærer. Funktionsenhedsledelserne har bestemt antallet af patientsikkerhedsansvarlige og beskrevet organiseringen af det lokale kvalitetsarbejde, herunder samarbejdet mellem lokale ledelser (klinik-/afsnitsledelse), FE-ledelsen samt den øvrige kvalitetsorganisation der bl.a. består af to kvalitetskoordinatorer (KK). Den administrative understøttelse af patientsikkerhedsarbejdet finder sted i RiskEnheden, der var forankret i FoQUS (nu Kvalitets- og Udviklingsafdelingen på Nordsjællands Hospital).

Rapporteringen af hændelser sker fra personalet via de lokale patientsikkerhedsansvarlige til RiskEnheden. I RiskEnheden indtastes rapporterne i en database og der vidererapporteres til Sundhedsstyrelsen. Feedback, formidling og videndeling sker fra RiskEnheden i form af deskriptive statistikker fra databasen, ad hoc møder med de patientsikkerhedsansvarlige, udsendelse af nyhedsbreve, samt oplæg på og deltagelse i lokale møder. To gange årligt inviteres alle patientsikkerhedsansvarlige til deltagelse i temadag.

RiskEnheden oplyser, at man i perioden 2004- 2006 har registreret 6021 rapporter i systemet (et antal som vil stige en smule, idet ikke alle rapporter er indtastet endnu (feb. 2007)). Hovedparten af rapporterne vedrører medicineringsprocessen (36%) og den skriftlige kommunikation (31%). Der er lavet i alt 26 kerneårsagsanalyser på de alvorligste af hændelserne. De resterende hændelser er løbende analyseret for mønstre/tendenser ligesom der er gennemført en aggregeret analyse vedr. journalmaterialet (6), og der er afholdt lokale audits på udvalgte hændelser. I perioden er udsendt 14 numre af nyhedsbrevet RiskNyt samt to advarsler af typen "RiskOBS".

3 Materialer, svarpersoner og metoder

3.1. Spørgeskemaerne

På baggrund af et detaljeret oplæg fra RiskEnheden/FoQUS med oversigt over temaer og undertemaer har RiskEnheden/FoQUS og Risø i september-oktober 2006 udarbejdet spørgeskema til henholdsvis gruppen af patientsikkerhedsansvarlige / kvalitetskoordinatorer og gruppen af funktionsenhedsledere / mellemledere. Skemaet til førstnævnte gruppe (PSA/KK-skemaet) indeholder 43 spørgsmål, heraf en tredjedel fritekst-spørgsmål, og fra dette er gentaget 19 spørgsmål i skemaet til sidstnævnte gruppe (FE/ML-skemaet). Spørgsmålene i FE/ML-skemaet er en delmængde af spørgsmålene i PSA/KK-skemaet, dog således, at der er foretaget enkelte ændringer af personlige stedord og referentielle termer.

Spørgeskemaet i den lange version (PSA/KK) er blevet pilottestet af seks PSA'ere fra FAS rekrutteret af RiskEnheden. Som resultat af pilottesten blev

der foretaget enkelte ændringer i formulering af spørgsmålene af hensyn til tydeliggørelse.

I Appendiks 1 gengives begge spørgeskemaerne med markering af hvilke spørgsmål, der er inddraget i det kortere FE/ML-skema, herunder ændringer i enkelte termer.

3.2. Indsamlingsmetode

Svardata er blevet indhentet gennem elektronisk skema via survey-programmet Inquisite, som ligger på en Risø-server. Respondenter er blevet lovet anonymitet, som sikres ved at den enkelte respondent tildeles en unik autorisationskode. Filer indeholdende svardata omfatter udelukkende respondents svar, hvortil er føjet (via autorisationskoden) oplysninger om faggruppe (læge, sygeplejerske, "anden faggruppe"), funktion (PSA; KK; FE; ML) og speciale/enhed. Den 7. november udsendtes invitation til deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen, således at respondenter først modtog en introduktionsskrivelse per elektronisk mail underskrevet af RiskEnhedens ledelse, og umiddelbart herefter en mail sendt fra Risøs server indeholdende link til spørgeskema. I såvel introduktionsskrivelsen fra RiskEnheden som i invitationsmailen fra Risø blev det fremhævet, at undersøgelsen er anonym. Endvidere blev det fremhævet at svardata ville opgøres på gruppeniveau og kun for større grupper, og for ingen gruppe under 10 personer. Det blev understreget, at det ikke vil være "muligt at identificere svar fra enkeltpersoner eller mindre grupper". Se venligst Appendiks 4 og 5.

3.3. Svargrupper

Der er udsendt spørgeskemaer til 287 respondenter fordelt således på faggrupper og funktionsgrupper

Faggruppe/Funktion	FE/ML	PSA/KK	Sum
Sygeplejersker	62	69	131
Læger	75	27	102
Anden faggruppe	28	26	54
Total	165	122	287

3.4. Indsamling af data

Der blev udsendt to rykkere efter hhv. 16 dage og efter 20 dage. Ved svarfristens udløb den 29. november var der modtaget 107 besvarelser fra ledergruppen (svarprocent: 65) og 84 svar fra PSA/KK-gruppen (svarprocent: 69). Det ville være ønskeligt at have svar fra en endnu større andel af de mulige respondenter, men svarprocenterne må anses for tilfredsstillende i forhold til hvad man kan forvente ved denne type anonyme undersøgelser.

4 Resultater

Fordeling af svar på faggrupper, funktion og funktionstid fremgår af nedenstående tabel. Tal i parentes angiver svarprocent for den enkelte gruppe

Faggruppe / funktion	FE/ML	PSA/KK	Sum
Sygeplejersker	46 (74%)	48 (70%)	94 (72%)
Læger	44 (59%)	17 (63%)	61 (60%)
Anden faggruppe	17 (61%)	19 (73%)	36 (67%)
Total	107 (65%)	84 (69%)	191

Funktion	FE/ML	PSA/KK
PSA	-	76 (70%)
KK	-	8 (62%)
FE	19 (68%)	-
ML	88 (64%)	-
Total	107 (65%)	84 (69%)

Mdr. i PSA-funktion	<3mdr	≥3 mdr
	8	75

I den følgende fremstilling fremlægges resultater, som bl.a. viser forskelle på grupper, og i overensstemmelse med løftet til respondenter fremstilles ingen opgørelser over grupper <10 personer. Da kun to specialer har leveret mere end 10 svar, har vi valgt ikke at opgøre forskelle mellem specialer.

4.1. Statistisk analyse

Vi præsenterer i dette afsnit for alle spørgsmål en signifikansanalyse af eventuelle forskelle mellem ledergruppen og PSA/KK-gruppen. Der er endvidere foretaget analyse af forskelle mellem faggrupper (læger, sygeplejersker, anden faggruppe) og af mellemledere og funktionsenhedsledere. Når intet er nævnt er der ikke fundet signifikante forskelle mellem grupper inden for fag eller funktion. Som signifikansniveau er valgt 0,05. (Det bør fremhæves, at resultater tæt ved denne signifikansgrænse kan skyldes en tilfældighed, idet netop alle forskelle mellem de udvalgte grupper er blevet genstand for analyse). Signifikansanalyse for rangspørgsmål ("meget enig, noget enig, ...") er udført med ikke-parametriske test². Dvs. Mann-Whitney test for ikke-relaterede grupper (fx ledere over for PSA/KK'ere) eller Wilcoxon's parvise test for sammenligning af svar fra samme gruppe (fx sammenligning af PSA/KK'eres besvarelse af spørgsmål 1.1 og 1.2). Ved analysen med disse tests indgår værdien "ved-ikke" ikke. For kategoriske spørgsmål (ja, nej, ved ikke) har vi anvendt Chi2 testet.

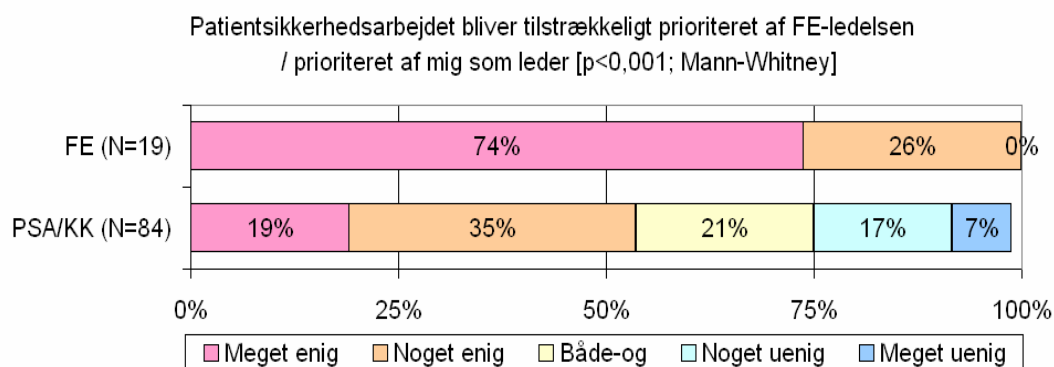
Resultater præsenteres i otte underafsnit opdelt i de grupper af spørgsmål, som er indeholdt i det "lange" skema (PSA/KK-skemaet). I fremstillingen i diagrammer har vi ikke eksplicit afbildet "ved ikke"-svar, men disse er indgået i procentberegningen (men som nævnt ikke i signifikansberegningen), og af denne grund er der undertiden et "hul" i de vandrette histogrammer mod højrekantens markering af 100%. På grund af afrunding vil procentsummer undertiden afvige med et procentpoint fra 100%.

² Vi følger her forskningsbaserede analyser af spørgeskemadata af rangmæssig type. Svar på en rangskala (som fx "meget enig; noget enig; både-og; noget uenig; meget uenig") giver data, som ikke har en klart definerbar og objektiv afstand mellem de enkelte trin på skalaen. Af denne grund vælges ikke-parametriske test, som i modsætning til parametriske test ikke forudsætter, at svardata er normalfordelte eller at der er samme afstand mellem de enkelte trin på skalaen.

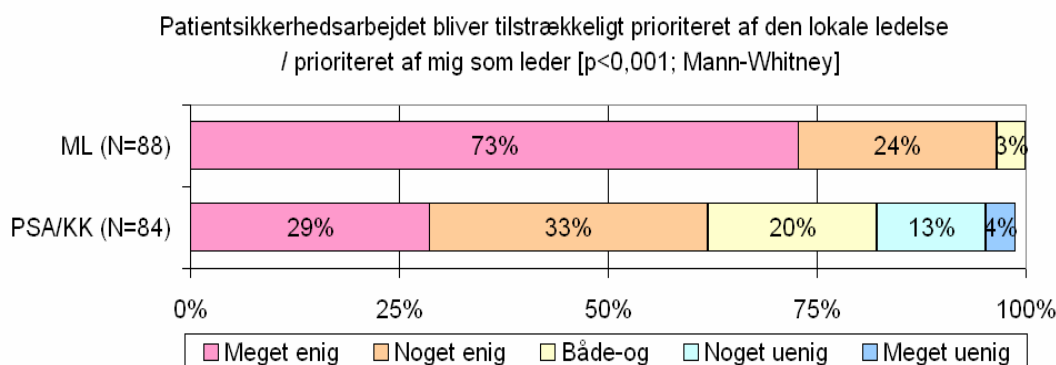
I Appendiks 1 gengives de to spørgeskemaer, først det "lange" skema til PSA/KK'ere med angivelse af de spørgsmål der med eventuelle ændringer i referentielle udtryk gentages i det "korte" skema til ledergruppen. Desuden har vi i Appendiks 2 gengivet tabeller over frekvenser og procentfordeling i svar fra ledergruppen og PSA/KK-gruppen, medens vi i Appendiks 3 gengiver fritekstsvar, som respondenter har indskrevet til de åbne spørgsmål. Endelig indeholder Appendiks 4 og 5 introduktionsbrev samt invitationsmail udsendt til respondenter.

4.2. Organisering

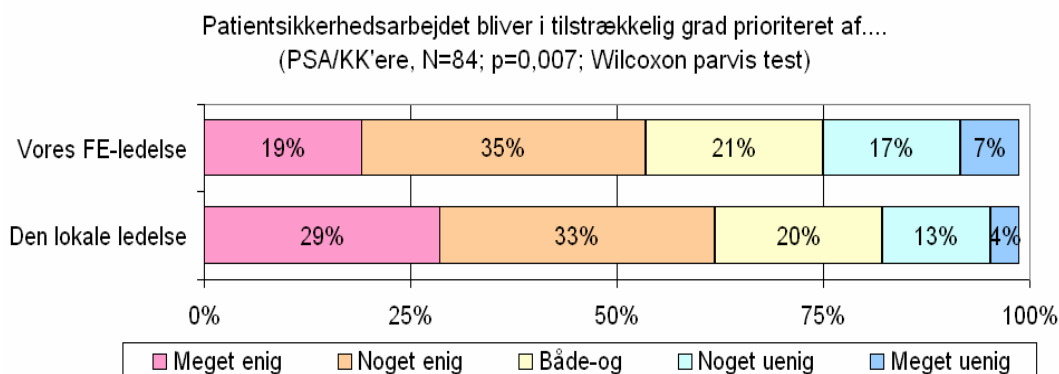
I spørgeskemaet til lederne (Appendiks 1, det "korte" skema, spm. A1, side 26) har vi spurgt lederne i de to grupper (funktionsenhedslederne (FE) og afdsnitslederne (ML) om de selv mener, at de prioriterer patientsikkerhedsarbejdet tilstrækkeligt, samtidigt med, at vi med en lidt anden formulering har spurgt PSA/KK-gruppen om det samme (Appendiks 1, det "lange" skema, spm. 1.1 og 1.2, side 22). Svarene viser en markant forskel mellem PSA/KK-gruppen og hver af de to ledergrupper.



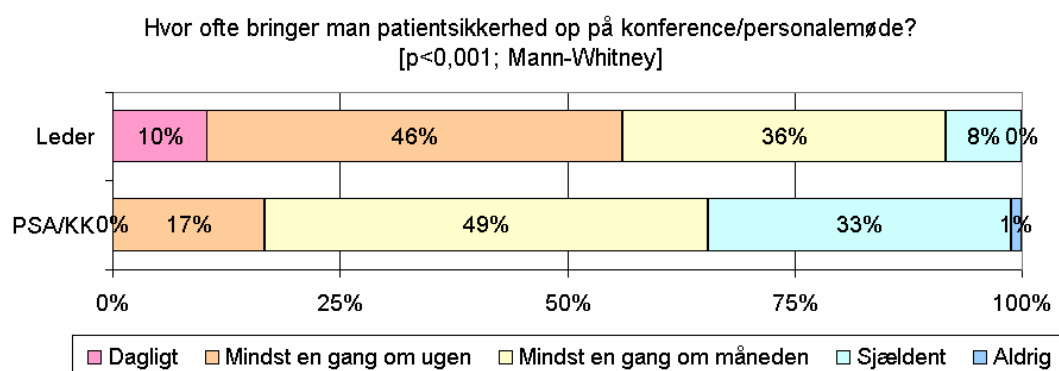
Enhver af enhedslederne mener, at hun eller han prioriterer patientsikkerhedsarbejdet tilstrækkeligt, medens 45% af PSA/KK'erne enten er uenige heri eller mener svaret bør være både-og. Tilsvarende finder vi en stor, men dog ikke helt så stor, forskel ved sammenligning af svar fra PSA/KK'ere med svar fra den lokale ledelse (afsnits- eller mellemledere), idet 97% af mellemlederne finder indsatsprioriteringen tilstrækkelig mod 62% i PSA/KK-gruppen.



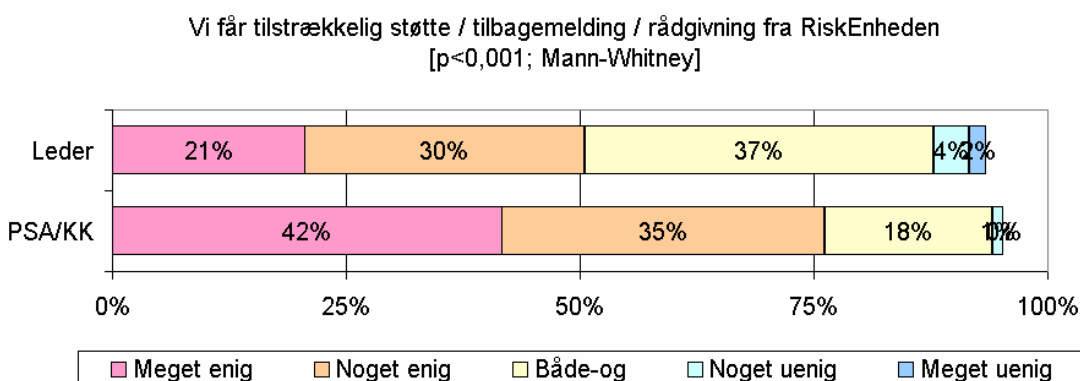
Når vi sammenligner PSA/KK'ernes vurdering af de to ledergruppers prioritering af patientsikkerhedsarbejdet, ser respondenterne en smule mere positivt på den lokale ledelses prioritering end på FE-ledelsens prioritering - forskellen er ikke stor, men statistisk signifikant ($p = 0,007$).



Der er igen en markant forskel på svarene fra de to grupper, når vi spørger om, hvor ofte patientsikkerhed bringes op på konference og personalemøde. Næsten halvdelen (56%) af ledergruppen mener, det forekommer mindst en gang om ugen eller hyppigere, hvad kun 17% af PSA/KK-gruppen er enig i, medens det store flertal i PSA/KK-gruppen, indikerer, at det hænder højst en gang om måneden eller sjældnere.



Vi har spurgt om støtte / tilbagemelding og rådgivning fra RiskEnheden, og ser igen en relativt stor forskel på de to grupper, hvor de fleste (77%) af PSA/KK'erne er enige i, at det nuværende niveau af støtte er tilstrækkeligt, medens kun ca. halvdelen af ledergruppen gør det. Det skal tilføjes, at blandt lederne er FE-gruppen mere enige (78%) end ML-gruppen (49%) i, at det nuværende niveau af støtte og tilbagemelding er tilfredsstillende (forskellen er signifikant: pp<0,03; hertil ingen figur).



Som opfølger til ovenstående har vi også spurgt respondenter om forslag til at forbedre støtte, tilbagemelding og rådgivning fra RiskEnheden, hvortil begge grupper har angivet en række forslag, se Appendiks 3, side 48 og 61. Af for-

slagene fra FE/ML kan nævnes et tættere formaliseret samarbejde mellem den enkelte enhed, PSA'ere og RiskEnheden.

Et andet semi-faktuelt spørgsmål – holdes der regelmæssige møder om patientsikkerhed mellem ledere og PSA'ere/KK'ere – viser en tendens til en forskel i vurderingen, men den er knapt signifikant ($p=0,06$; χ^2 ; "ved ikke"-svar ikke medregnet)

1.6 Afholdes der regelmæssige møder mellem ledere [FE-ledere og eller mellemedere] og PSA'ere / KK'ere, hvor patientsikkerhed er på dagsordenen?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	42%	49%	9%
FE/ML (N=107)	55%	36%	8%
$p<0,06$; χ^2 ["ved-ikke"-værdien ikke medregnet]			

Begge grupper blev bedt om at angive eksempler på indsatsområder, der er sat i gang på grund af rapportering, og begge grupper angiver en del eksempler, henholdsvis 49 fra PSA/KK og 42 fra FE/ML. Se Appendiks 3, side 49 og side 62.

Endelig finder 32% af PSA'ere/KK'ere, at de *har* tilstrækkelig tid til patientsikkerhedsarbejdet, medens 55% angiver, at de *ikke* har tilstrækkelig tid, (13% ved-ikke).

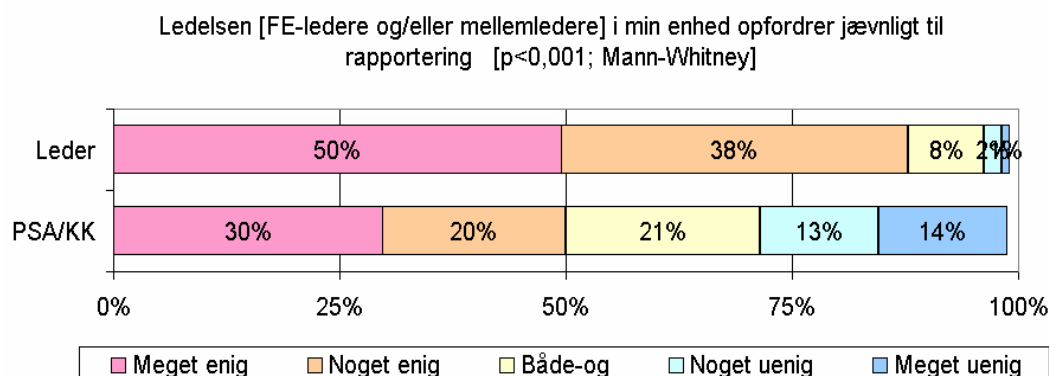
Respondenter, der har svaret "nej" til ovennævnte spørgsmål om tid til patientsikkerhedsarbejdet ($n=46$), blev bedt om at angive, hvad de først og fremmest ville bruge ekstra tid til i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet. Hertil fik vi 39 kommentarer. Hovedparten angiver, at de ønsker at opprioritere dialogen med personalet, herunder opfølgning på hændelser og iværksættelse af lokale initiativer. Se forslagene i Appendiks 3, side 51.

4.3. Rapportering

De to grupper er blevet spurgt om samme undertema med en variation i ordlyden:

"Ledelsen [FE-ledere og mellem ledere] opfordrer jævnligt til rapportering"
 "Som leder opfordrer jeg jævnligt til rapportering i min enhed"

Svarene fra de to grupper afslører store forskelle: langt de fleste ledere (88%) mener, at de selv jævnligt opfordrer til rapportering, medens kun halvdelen af PSA/KK-gruppen hører denne opfordring fra deres ledere.



I de følgende tabeller viser vi svar fra PSA/KK-gruppen til spørgsmål om lokal scoring af hændelser. Som det fremgår, er der overvældende enighed om, at lokal scoring er bedst.

2.2 Er det hensigtsmæssigt, at hændelserne scores lokalt	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	85%	5%	11%

Vi har spurgt de respondenter, som svarede "ja" til spm. 2.2 (N=71), hvorfor de mener, det er hensigtsmæssigt, at hændelser scores lokalt. Blandt de grunde respondenter angiver (se Appendiks 3 for alle kommentarer/svar til dette punkt) er følgende:

- Fordi man lokalt bedst kan bedømme, hvor ofte en given hændelse forekommer.
- PSA'eren har umiddelbart i forbindelse med scoringen, mulighed for at snakke med den/de involverede parter..... hvis de skulle scores fra centralt hold, så ville det kræve en mere præcis og detaljeret rapportering end i dag
- Personalet trænes i at skelne mellem alvorlighedsgraderne og får en opmærksomhed på begrebet forebyggelighed. Personalet lokalt har en større mulighed at vurdere alvorligheden i en hændelse og kan måske bedre skelne mellem faktisk og potentiel score
- De nærmere omstændigheder omkring episoderne er kendt. Der kan tages skridt til evt. forbedringer med det samme.
- Ofte fordrer det opklarende spørgsmål fx. ift. potentielle konsekvenser hvordan kan diagnosen i værste fald udvikle sig ved forsinket behandling eller ved nærhændelser vigtigt at vide hvilke barrierer eksisterer ift. vurdering af hvor alvorlig skaden kunne blive
- Fordi det er lokalt der er det største faglige grundlag for at vurdere hyppighed og evt. følger.
- Det kan være svært at score hvis man ikke har været tæt på hændelsen. God diskussion om hændelsen i relation til scoring
- Det gør at jeg tænker mere over det der faktisk står og kan tale med rapportøren hvis der er uklarheder, desuden kender jeg stedet og arbejdsgangene

Blandt de få respondenter (N=4), som mener, at det ikke er hensigtsmæssigt, at hændelser scores lokalt, angives som grunde hertil bl.a.

- Det er hensigtsmæssigt med lokal scoring, men der er måske dårligst tid så længe der ikke er afsat tid til arbejdet?
- Den faktuelle score er ikke svær - men den potentielle score bliver som oftest gætværk - og jeg har svært ved at se hvad den kan bruges til

I de to næste punkter, 2.3 og 2.3a, spørger vi, om scoringen anvendes lokalt og i givet fald til hvad. Flertallet (60%) angiver, at scoringen bliver anvendt lokalt.

2.3 Bliver scoringen af hændelser anvendt lokalt?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	60%	23%	18%

De fleste (86%), som indikerer, at scoring anvendes lokalt, markerer, at den anvendes til prioritering. Herudover er der enkelte bud på hvad man også anvender scoringen til. Se venligst Appendiks 3, side 55.

4.4. Analyse og handlinger / tiltag

I dette afsnit har vi spurgt både ledere og PSA/KK'ere om der er "tilstrækkelig dialog om analysearbejdet mellem ledelsen og PSA'ere i din enhed?" Her er der tydelig forskel på gruppernes svar, idet en meget større andel af lederne end PSA'erne finder dialogen tilfredsstillende.

3.1 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet mellem PSA'ere og ledelsen i din enhed/klinik?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	27%	52%	20%
FE/ML (N=107)	46%	29%	25%
$p < 0,004$; χ^2			

Vi spurgte PSA'erne om deres kontakt med andre PSA'ere dels fra egen enhed og dels fra andre enheder. Svaret viser en næsten ligelig fordeling mellem dem, der mener at kontakten er, hhv. *ikke* er, tilstrækkelig inden for *egen* enhed.

3.2 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet blandt PSA'erne i din enhed?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	44%	40%	15%

Mht. kontakt til PSA'ere i *andre* enheder om analysearbejde forekommer denne ikke hyppigt, idet kun 7% angiver de ofte har kontakt og 37% at de aldrig har kontakt.

3.3 Kontakter du PSA'ere fra andre enheder om analysearbejdet?	Ja ofte	Ja, nu og da	Nej, aldrig	Ved ikke
PSA/KK (N=84)	7%	51%	37%	5%

Samtidig angiver 62% at de gerne så et tættere samarbejde med kollegaer i andre enheder.

3.4 Hvis der var mulighed for det, ville du så ønske et tættere samarbejde med PSA'ere fra andre enheder?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	62%	14%	24%

Anvendelsen af de faktuelle score 1- og score 2-hændelser anvendes i vid udstrækning til at vurdere behov for tiltag og analyse - angivet af 69% af respondenterne:

3.5 Bruger I jeres faktuelle score 1- og score 2-hændelser til at vurdere, om der er behov for handlinger / tiltag / analyse?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	69%	18%	13%

Hvis respondenter svarede "ja" til foregående spørgsmål, blev de bedt om tage stilling til, om vurderingen af *behov for* handling faktisk har ledt til at *igangsætte* handling og tiltag. Som det fremgår af næste tabel svarer det store flertal (94%) "ja" hertil, medens enkelte markerer "ved ikke":

3.5a [Hvis svar er "ja" til foregående spørgsmål, 3.5] Anvendes vurderingen til at iværksætte handlinger / tiltag?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=54)	94%	0%	6%

Respondenter, som svarede "ja" til ovenstående (N=51) blev anmodet om de eventuelt ville give eksempler på iværksatte handlinger og tiltag. Som eksempler fra egen enhed på handlinger og tiltag angiver respondenterne en række punkter (31 i alt) som bl.a. omfatter følgende:

- Ændret procedure for videregivelse af oplysninger vedrørende videre genoptræning
- Fx. har vi haft fokus på håndhygiejne, kørt en kampagne i samarbejde med hygiejnesygeplejersken. Vi havde indkøbt 'glitterboc' og ultraviolet lys. Det rykkede, at kollegerne så deres egne hænder under lampen i stedet for 'teori' hvor man kan tænke 'det er de andre'
- Øget fokus på kontrol af navn og cpr.nr. Øget fokus på daglig kontrol af ilt og sug og andet udstyr til genoplivning.
- Tydeliggøre ledning til anæstesiapparat for at forhindre at det slukkes ved en fejltagelse. udskiftning af dropsæt for at forhindre tilbageløb af medicin i slange. Ens placering af pumper med medicin for at undgå at give bolus af det forkerte mm.
- Fælles CTG undervisning for alle personale efter en score 3 hændelse
- Gelænder på trappe efter fald.

Vi har spurgt både ledergruppen og PSA/KK-gruppen om der er foretaget kerneårsagsanalyse i respondentens egen enhed og om handlingsplaner fra analysen er gennemført. På disse punkter er der ingen signifikante forskelle mellem grupperne men tilsyneladende nogenlunde enighed. Vi har her – som på alle lignende punkter - ikke været i stand til at sammenligne svar per enhed eller afsnit.

3.6 Er der foretaget kerneårsagsanalyser på hændelser i din enhed?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	60%	27%	13%
FE/ML (N=107)	63%	19%	19%
n.s. ($p=0,23$; χ^2)			

3.7 Er handlingsplaner fra kerneårsagsanalyse(r) implementeret?	PSA/KK (N=50)	FE/ML (N=67)
Ja, uden undtagelse	16%	19%
Ja, for det meste	48%	63%
Stort set ikke	8%	4%
Overhovedet ikke	2%	0%
Ved-ikke	26%	13%
n.s. ($p=0,4$; Mann-Whitney)		

Respondenter, som svarede "overhovedet ikke" eller "stort set ikke" til implementering af handlingsplaner, blev spurgt om de eventuelt ville kommentere deres svar. Der er givet en enkelt kommentar (Appendix 3, side 56).

4.5. Formidling

Begge grupper blev spurgt om enheden har en praksis for udveksling af viden om hændelser. Svarene viser en tendens til at lederne i højere grad mener, der findes en sådan praksis – men denne forskel er marginalt signifikant ($p=0,53$), som det fremgår af følgende tabel.

4.1 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handling formidles til personalet i din enhed?	Ja	Nej	Ved-ikke
PSA/KK (N=84)	57%	33%	10%
FE/ML (N=107)	74%	21%	6%
n.s. ($p=0,053$; χ^2)			

Resten af spørgsmålene i denne sektion blev rettet til PSA/KK-gruppen, som i første omgang blev spurgt om praksis for udveksling af viden om hændelser *mellem* PSA'ere i *egen* enhed og *med* PSA'ere i *andre* enheder. Som det fremgår af næste tabel er der i langt højere grad praksis for intern end eksternt udveksling af viden om hændelser.

PSA/KK (N=84)	Ja	Nej	Ved-ikke
4.2 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handlinger udveksles mellem PSA'ere og KK'ere i din enhed?	61%	27%	12%
4.3 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handlinger udveksles med PSA'ere i andre enheder?	20%	67%	13%

PSA/KK-gruppen blev derefter bedt om at afkrydse ønskede måder hvorpå viden kan deles med PSA'ere i andre enheder. Den mest populære mulighed er "møder m. afdelinger man arbejder sammen med", medens "møder på matrikel" og "hyppigere temadage" tiltrak næsten ens andele.

4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder	Møder m. afd. vi arbejder sammen med	Møder på matrikel	Hyppigere PSA-temadage	Andet	Føler intet behov
PSA/KK (N=84)	50%	31%	29%	12%	6%

Som forslag til hvordan den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder kunne suppleres har respondenterne angivet en række forslag, 26 i alt, jf. Appendix 3, side 56.

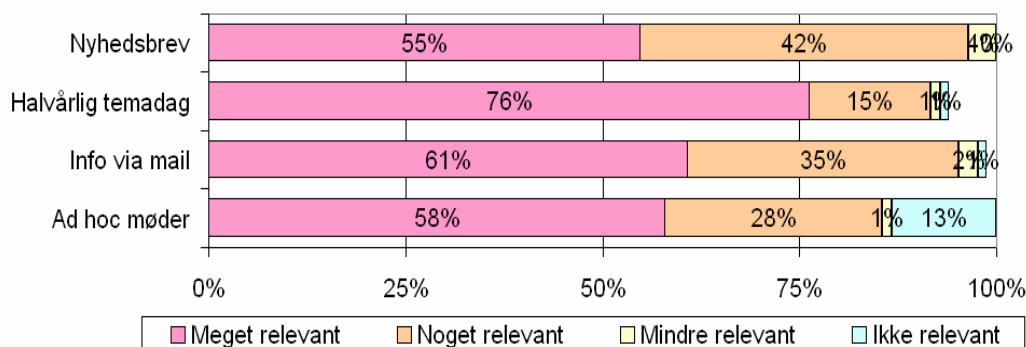
- Kontakt i aktuelle sager mhp. at finde fælles løsninger til forebyggelse
- ... et til to gange om året møder, hvor min enheds PSA'ere kunne mødes med PSA'ere fra enheder vi har særlig meget samarbejde med. En del af de tilsligtede hændelser sker jo netop i patientens behandling eller lign i andre enheder.
- ... lokale tiltag i enheden kunne 'lægges ind' under en fælles mappe med undermappe for hver enhed. så kunne man kigge på erfaringer og gode ideer fra andre enheder.
- Jeg vil gerne vide hvilke hændelser der er set i andre afdelinger, som eventuelt kan benytte her som forebyggelse. Bred erfaringsudveksling.
- Jeg har faktisk større behov for hyppigere at kunne udveksle erfaringer med PSA'erne indenfor egen enhed
- KK'ere kunne mødes med sikkerhedsarbejde på dagsordenen. Det er for mange mennesker at tage ud af klinikken at alle PSA'ere mødes.
- Hvordan man omsætter læringen af hændelserne til praksis.

4.6. Formidling fra RiskEnheden

I dette afsnit er alle spørgsmål rettet alene til PSA/KK-gruppen, som er blevet bedt om at vurdere fire typer af formidling på en skala gående fra "meget relevant" til "ikke relevant".

Den følgende figur opsummerer respondenternes vurdering, ifølge hvilken halvårlige temadage kommer ud som favorit og de tre øvrige formidlingsformer er stort set lige populære. Den eneste form for formidling, som møder en del modvilje, er ad hoc-møder, som 13% finder ikke relevant - men som stadig findes meget relevant af over 4 gange flere respondenter.

Hvordan vurderer du de følgende former for formidling fra RiskEnheden?



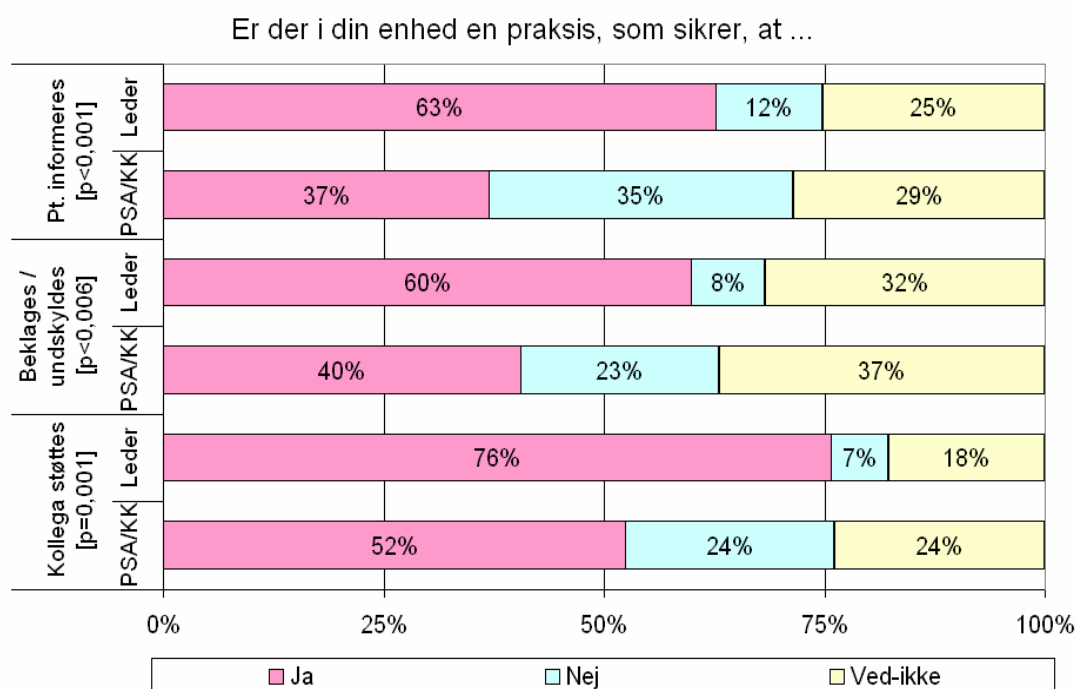
Respondenter blev bedt om forslag til forbedring af formidling, hvilket har affødt 11 forslag eller kommentarer – jf. Appendiks 3, side 57.

4.7. Patienter og personale

I denne del af spørgeskemaet spørges såvel ledergruppen som PSA/KK-gruppen om reaktioner efter en utilsigtet hændelse med skade: Er der i din enhed en praksis, som sikrer,

- at en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, informeres?
- at man beklager eller undskylder over for en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, som kunne have været undgået?
- at en kollega, som har været involveret i en skadevoldende hændelse, får støtte eller hjælp?

Svarene viser en gennemgående trend: en langt større andel i ledergruppen end i PSA/KK-gruppen mener, at egen enhed har en praksis for tage sig af patienten eller kollegaen efter skadevoldende hændelse (alle forskelle stærkt signifikante).

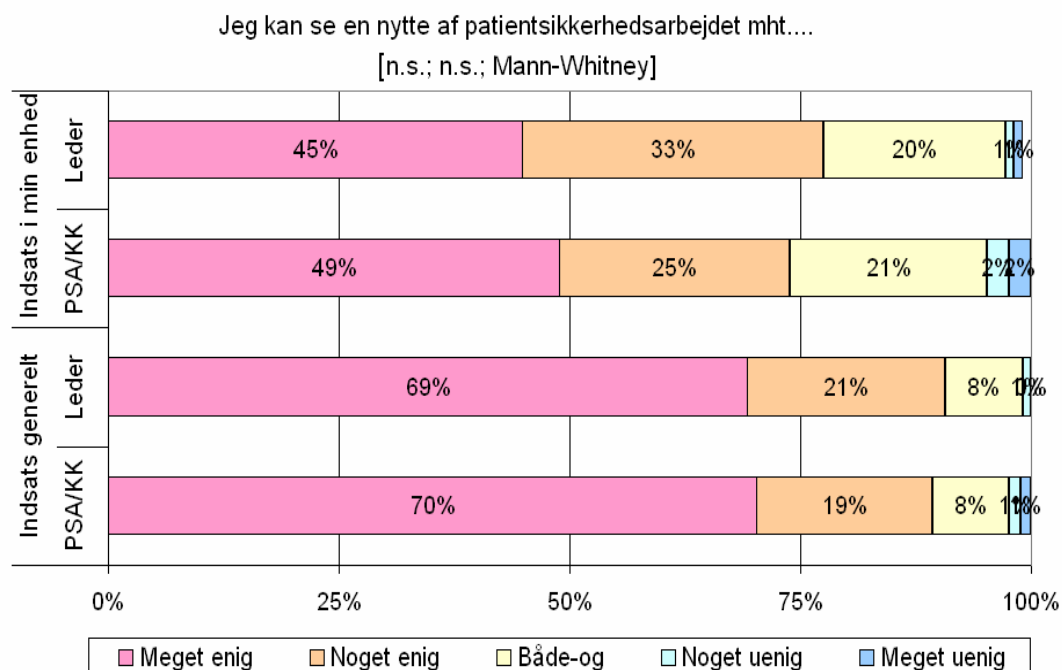


En sammenligning mellem funktionsenhedsledere (FE) og mellemledere/-afsnitsledere (ML) viser, at en større andel (26%) blandt funktionsenhedslederne end mellemlederne (9%) mener, at man *ikke* har en praksis for information af patient. Lige mange i begge grupper mener, at man har en sådan praksis. Forskellen er knapt signifikant ($p=0,055$). Mht. de to andre spørgsmål i denne gruppe er der små og ikke-signifikante forskel mellem de to ledergrupper.

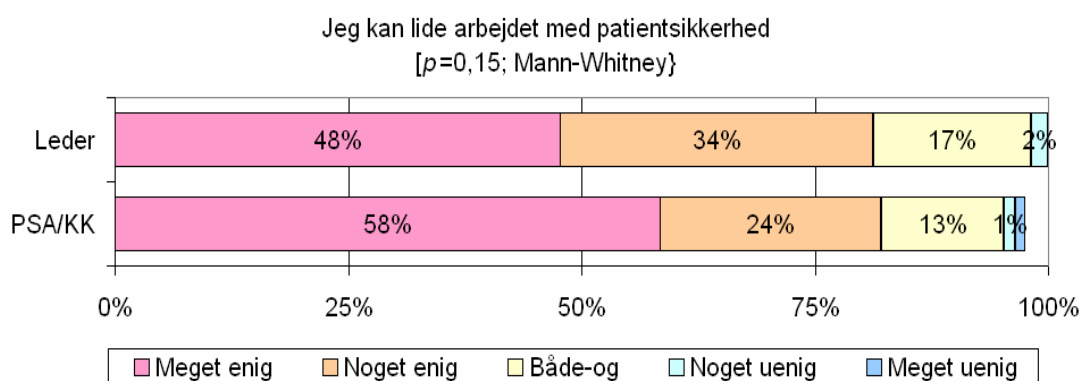
4.1 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, informeres?	Ja	Nej	Ved-ikke
FE-ledere (N=19)	63%	26%	11%
ME - mellemledere (N=88)	63%	9%	28%
$p=0,055$; χ^2			

4.8. Effekter og nyttevirkning

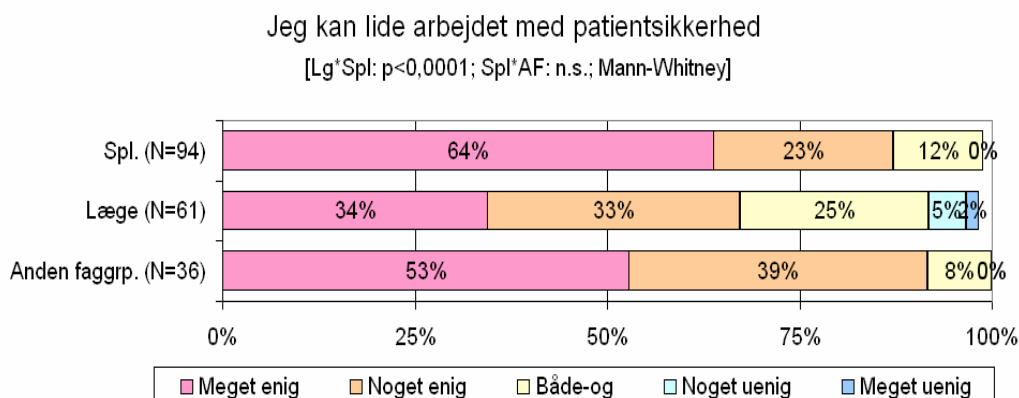
Vi har spurgt begge grupper om hvordan den enkelte oplever nytten af indsatsen for patientsikkerhed dels i egen enhed og dels generelt arbejdet med patientsikkerhed. Der er ingen forskel på gruppernes vurdering af nytte, og langt de fleste (89-90%) angiver at kunne se en nytte af patientsikkerhedsarbejdet generelt, medens et lidt mindre flertal (74-78%) kan se en nytte af indsatsen i egen enhed. Forskellen mellem den opfattede nytte af den generelle indsats og indsatsen i egen enhed er for begge grupper signifikant ($p<0,001$; Wilcoxon parvis test).



Endvidere har vi spurgt til respondenternes personlige tilfredsstillelse ved arbejdet med patientsikkerhed. Formuleringen af spørgsmålet følger den, som er anvendt i en række undersøgelser om sikkerhedskultur, nemlig den simple: "jeg kan lide mit arbejde". Svarene viser ingen signifikant forskel ($p=0,15$, Mann-Whitney) mellem ledergruppen og PSA/KK-gruppen.



Imidlertid er der en markant forskel mellem faggrupperne: Sygeplejersker giver i højere grad end læger udtryk for, at de kan lide arbejdet med patientsikkerhed. Der er derimod ingen forskel på sygeplejersker og "andre faggrupper". Her har vi analyseret de tre faggrupper i den samlede stikprøve sammensat af ledergruppen og PSA/KK-gruppen.



Der er ingen signifikante forskelle mellem de tre faggrupper i deres svar om oplevelse af nytte i indsats for patientsikkerhed.

5 Fremadrettede patientsikkerhedsaktiviteter

Begge grupper er blevet bedt om at komme med eksempler på indsatsområder, som de ser behov for at få iværksat. Af besvarelserne fra PSA/KK-gruppen (36 i alt) nævnes hyppigt indsatser i forhold til medicinering, herunder forventninger til Elektronisk Patient Medicinering (EPM), patientidentifikation, kommunikation og dokumentation samt to forslag om afholdelse af patientsikkerhedsstuegange.

Fra FE/ML er der i alt 38 forslag. Her nævnes sikkerhed ved medicinering, herunder forventninger til EPM, dialog om og tid til arbejdet med patientsikkerhed.

Begge grupper er ligeledes blevet bedt om at angive mål for arbejdet med patientsikkerhed i eget afsnit / egen enhed i det næste år. PSA/KK-gruppen har givet 26 besvarelser og FE/ML har givet 38 forslag. Se venligst Appendiks 3, side 60 og 65.

6 Respondenternes kommentarer og forslag

Respondenterne i de to grupper har i hvert deres spørgeskema indskrevet fritekst-svar til de åbne spørgsmål (se Appendiks 1).

Respondenternes villighed til at besvare og kommentere temaer og emner er – sammenlignet med andre lignende spørgeskemaundersøgelser – usædvanlig stor. Dette er en markant indikator på respondenternes engagement i patientsikkerhed og ønske om at bidrage til forbedringer.

For de åbne spørgsmål, der indgår både i det ”lange” skema til PSA/KK’ere og ”korte” skema til ledergruppen, er antallet af afgivne fritekst-svar fordelt på de to grupper vist i nedenstående tabel. Tal i parentes angiver procent af respondenter inden for den enkelte gruppe, der har afgivet kommentarer (i procentberegningen har vi ikke medtaget intetsigende fritekst-svar, som eksempelvis ’har ingen specifikke overvejelser’).

Spørgeskemareference – nummer i hhv. PSA/KK-skemaet og ledelsesskemaet	PSA/KK (N=84)	FE/ML (N=107)
1.5/A4 Angiv eventuelt forslag til hvordan man kan forbedre støtte / tilbagemelding / rådgivning fra RiskEnheden.	29 (35%)	30 (28%)
1.7/A6 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som er sat i gang på grund af rapportering.	49 (58%)	42 (39%)
3.7/C2b Angiv eventuelt kommentarer til dit svar i 3.6a?	1 (1%)	2 ³ (2%)
8.1/G1 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som du ser behov for at få iværksat?	36 (43%)	35 ⁴ (33%)
8.2/G2 Angiv eventuelt hvad du gerne så som mål for arbejdet med patientsikkerhed i dit afsnit / din enhed det næste år?	26 (31%)	36 ⁵ (34%)

Som det fremgår af tabellen oven for afgiver PSA/KK-gruppen til tre ud af fem åbne spørgsmål procentvis flere fritekst-svar end FE/ML-gruppen. Dette kan muligvis ses som et mere aktivt engagement hos PSA/KK-gruppen i arbejdet med patientsikkerhed og rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser.

Man bør ikke lægge for meget i forskelle i disse procentopgivelser, men det kan bemærkes, at 21% i PSA/KK-gruppen angiver spontant rosende kommentarer til RiskEnhedens indsats til spørgsmål 1.5/A4, medens tilsvarende spontane kommentarer kun kommer fra 10% i FE/ML-gruppen. Omvendt anfører 8% af respondenterne i PSA/KK-gruppen som svar på det åbne spørgsmål 1.7/A6, at der ikke er nogen indsatsområder, som er sat i gang på baggrund af rapportering, hvorimod ingen respondentkommentarer fra FE/ML-gruppen giver udtryk for dette.

Vi henviser til Appendiks 3, som dels indeholder samtlige kommentarer og forslag, se side 48 ff., og dels indledes med en opdeling af disse på kategorier og emner, side 43.

³ Intetsigende kommentarer fratrasket (3-1=2)

⁴ Intetsigende kommentarer fratrasket (38-3=35)

⁵ Intetsigende kommentarer fratrasket (38-2=36)

7 Opsummering og anbefalinger

De samlede resultater fra undersøgelsen giver grundlag for at fremhæve en række overordnede betragtninger.⁶ Resultaterne viser, at

- der er en høj grad af opbakning blandt næsten alle i de undersøgte grupper til patientsikkerhedsarbejdet generelt og rapporteringssystemet specifikt.
- begge grupper anfører mange eksempler på konstruktiv udnyttelse af resultater fra rapporteringssystemet, herunder en række eksempler på sikkerhedsfremmende tiltag, som er iværksat på grund af rapportering
- der i PSA/KK-gruppen er en stor tilslutning til den eksisterende praksis for lokal scoring af rapporter
- hovedparten af de adspurgte i begge grupper anfører, at de kan lide patientsikkerhedsarbejdet og kan se en nytte af den indsats, der gøres for patientsikkerhedsarbejdet.

Det skal endvidere fremhæves, at respondenternes villighed til at kommentere og komme med forslag til indsatsområder m.m. indikerer et markant organisatorisk aktiv. Herunder kan noteres,

- de anførte kommentarer er fremadrettede med ønske om at udbygge og styrke de eksisterende strukturer og samarbejdet på tværs af organisationen
- at der er anført mange forslag til indsatser som der ønskes iværksat, samt mange forslag til målsætninger for arbejdet med patientsikkerhed det næste år.

Besvarelsene skal ses i lyset af, at man i perioden 2004-2006 har modtaget et stort antal rapporter (>6000) med bidrag fra alle funktionsenheder i organisationen (7). Fritekst-besvarelsene afspejler en kultur, hvor rapportering, diskussion af hændelser og opfølgende handling synes integreret i respondenternes tankesæt. Visse respondenter anfører, at de ønsker en mere proaktiv tilgang til arbejdet. På baggrund af disse forhold, synes der at kunne spores en positiv udvikling af sikkerhedskulturen siden rapporteringssystemets indførelse (8). Men et egentligt grundlag for vurdering vil dog først være for hånden, når resultaterne af den netop gennemførte regionale undersøgelse af sikkerhedskulturen i de enkelte funktionsenheder foreligger.

Det skal dog også bemærkes, at et ikke ubetydeligt mindretal af PSA/KK-gruppens medlemmer oplever, at patientsikkerhedsarbejdet ikke bliver tilstrækkeligt prioriteret af deres FE-ledelse og, i mindre grad, deres lokale ledelse; og undersøgelsen viser generelt, at der er relativt store forskelle mellem de to grupper i opfattelsen af patientsikkerhedsarbejdets plads i dagligdagen. I den forbindelse bør det imidlertid også noteres, at opfattelsen blandt ledere og PSA/KK'ere af nytten af patientsikkerhedsarbejdet er positiv hos langt de fleste og i øvrigt er lige høj i de to grupper, ligesom der ikke er forskel på gruppernes opfattelse af personlig tilfredsstillelse ved arbejdet.

Vi vil fremhæve fire områder, som vi mener, bør indgå i det videre arbejde med tilpasning og udvikling af rapporteringssystemet:

- Det er påfaldende, at PSA/KK-gruppen og lederne har en så forskellig vurdering af, hvordan lederne prioriterer patientsikkerhedsarbejdet. Denne

⁶ Idet vi har modtaget svar fra kun godt og vel to tredjedele af respondenterne i de to grupper, må konklusioner formuleres tentativt.

forskel i opfattelsen af prioritering bør belyses – evt. gennem fælles møder.

- Der er i nogen grad forskellige opfattelser i de to grupper af, om der findes en praksis, som sikrer, at patienter informeres om skadevoldende utilsigtet hændelse, at der beklages overfor patienter i tilfælde af skadevoldende utilsigtet hændelse, som kunne være undgået, og at kollegaer tilbydes støtte eller hjælp i sådanne tilfælde. Det bør overvejes hvordan man kan øge opmærksomheden over for hospitalets vejledning herfor (9), og om en vejledning for støtte til kollega bør udformes.
- Medens langt de fleste ledere selv mener, at de jævnligt opfordrer til rapportering, forekommer denne opfordring åbenbart i så stor ubemærket-hed, at kun halvdelen af PSA/KK'ere har lagt mærke til det. Det bør diskuteres med lederne, hvorledes deres opbakning af rapportering kan gøres tydeligere.
- Det bør bemærkes, at mere end halvdelen af PSA/KK-gruppen – og 29% blandt lederne - mener, at der ikke er tilstrækkelig dialog med ledelsen i klinik/enhed om analyse af utilsigtede hændelser. Det bør drøftes, hvordan dialog om analysearbejde kan forbedres.

8 Referencer

- (1) Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Lov nr. 429. 10-6-2003, erstattet pr. 1.1.2007 af Sundhedsloven, kapitel 61, §§ 198-202.
- (2) Lipczak H, Schiøler T. Rapportering af utilsigtede hændelser – erfaringer med medicinske registreringssystemer. Ugeskr Læger 2001; 163(39):5350-5355.
- (3) Hermann N, Andersen HB, Schiøler T, Madsen MD, Østergaard D. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. København: Risø, 2002.
- (4) Rapportering og tilbagemelding af utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen. Hillerød: FoQUS, 2003.
- (5) Lipczak H. Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser. København DSI, 2004.
- (6) Søgaard H. Sikker Journalhåndtering – en aggregeret analyse af utilsigtede hændelser i forbindelse med sundhedsvæsenets skriftlige kommunikation. Hillerød: FoQUS, 2006.
- (7) Patientsikkerhedsarbejdet i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen 2006. Statusrapport. Hillerød: FoQUS, 2006.
- (8) Madsen MD. Sikkerhedskultur på sygehuse – resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg Amt. Roskilde: Risø, 2004.
- (9) Ulriksen I, Lipczak H. Information til patienten ved utilsigtede hændelser. Administrativ vejledning. Hillerød: Nordsjællands Hospital, 2005.

Appendiks 1: Spørgeskemaerne

I det følgende gengives

(A) det "lange" skema for patientsikkerhedsansvarlige og kvalitetskoordinatorer med original nummerering samt med ekstra **markering i skravering** af spørgsmål, som også anvendes (med omformulering for spm. 1.1 og 2.1) i det "korte" skema for FE-ledere og mellemedere.

(B) det "korte" skema for FE-ledere og mellemedere med den originale nummerering og overskrifter

Spørgeskema til patientsikkerhedsansvarlige og kvalitetskoordinatorer

1 Organisering

1.1 Patientsikkerhedsarbejdet bliver i tilstrækkelig grad prioriteret af FE-ledelsen.

[FE- og mellemedere]: Som leder prioriterer jeg patientsikkerhedsarbejdet i tilstrækkelig grad.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

1.2 Patientsikkerhedsarbejdet bliver i tilstrækkelig grad prioriteret af den lokale ledelse.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

1.3 Hvor ofte bringer man patientsikkerhed op på konference / personalemøde?

{Vælg én}

Dagligt // Mindst en gang om ugen // Mindst en gang om måneden // Sjældent // Aldrig

1.4 Vi får tilstrækkelig støtte / tilbagemelding / rådgivning fra RiskEnheden.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

1.5 Angiv eventuelt forslag til hvordan man kan forbedre støtte / tilbagemelding / rådgivning fra RiskEnheden.

[Fri tekst:]

1.6 Afholdes der regelmæssige møder mellem ledere [FE-ledere og/eller mellemedere] og PSA'ere / KK'ere, hvor patientsikkerheden er på dagsordenen?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

1.7 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som er sat i gang på grund af rapportering?

[Fri tekst:]

1.8 Har du tilstrækkelig tid til patientsikkerhedsarbejdet?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

1.8a [Hvis "Nej"] Angiv eventuelt hvad du først og fremmest ville bruge ekstra tid til i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet.

[Fri tekst:]

2 Rapportering

2.1 Ledelsen [FE-ledere og/eller mellemledere] i min enhed opfordrer jævnligt til rapportering.

[FE- og mellemledere]: Som leder opfordrer jeg jævnligt til rapportering i min enhed.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

2.2 Er det hensigtsmæssigt, at hændelserne scores lokalt, dvs. af kliniker og PSA'er?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

2.2a [Hvis "Ja"] Angiv eventuelt hvorfor du mener, det er hensigtsmæssigt at hændelserne scores lokalt

[Fri tekst:]

2.2b [Hvis "Nej"] Angiv venligst hvorfor du ikke mener, det er hensigtsmæssigt at hændelserne scores lokalt

[Fri tekst:]

2.3 Bliver scoringen af hændelser anvendt lokalt?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

2.3a [Hvis "Ja"] Hvad bliver scoringen anvendt til lokalt?

[Sæt ét eller flere kryds]

Til prioritering af indsats // Til andet

2.3b [Andet] Angiv eventuelt eksempler på anvendelse af scoringen i din enhed. [

Fri tekst:]

3 Analyse og handlinger / tiltag

3.1 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet mellem PSA'ere og ledelsen i din enhed/klinik?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

3.2 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet blandt PSA'erne i din enhed?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

3.3 Kontakter du PSA'ere fra andre enheder om analysearbejdet?

{Vælg én}

Ja, ofte // Ja, nu og da // Nej, aldrig // Ved-ikke

3.4 Hvis der var mulighed for det, ville du så ønske et tættere samarbejde med

PSA'ere fra andre enheder?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

3.5 Bruger I jeres faktuelle score 1- og score 2-hændelser til at vurdere, om der er behov for handlinger / tiltag / analyse?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

3.5a [Hvis "Ja" i 3.5] Anvendes vurderingen til at iværksætte handlinger / tiltag?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

3.5b [Hvis "Ja"] Angiv eventuelt eksempler fra din enhed på handlinger / tiltag.

[Fri tekst:]

3.6 Er der foretaget kerneårsagsanalyser på hændelser i din enhed?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

3.6a Er handlingsplanerne fra kerneårsagsanalyse(r) implementeret?

{Vælg én}

Ja, uden undtagelse // Ja, for det meste // Stort set ikke // Overhovedet ikke // Ved-ikke

3.7 [Hvis "Stort set ikke" eller "Overhovedet ikke"] Angiv eventuelt kommentarer til dit svar i 3.6a?

[Fri tekst:]

4 Formidling

4.1 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handling formidles til personalet i din enhed?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

4.2 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handling udveksles mellem PSA'ere / KK'ere i din enhed?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

4.3 Har I en praksis som sikrer, at viden om hændelser / handling udveksles med PSA'ere i andre enheder?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

4.4 Hvordan ville I gerne supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?

{Sæt ét eller flere kryds}

Møder på matrikel // Møder med afdelinger vi arbejder sammen med //
Hyppigere PSA-temadage // Andet // Føler ikke behov for at supplere
videndelingen med PSA'ere i andre enheder

4.4a [Hvis én af de 4 første i 4.4.] Angiv eventuelt et par eksempler på hvordan videndelingen med PSA'ere i andre enheder kunne suppleres

[Fri tekst:]

5 Formidling fra RiskEnheden

5.1 Hvordan vurderer du de følgende former for formidling fra RiskEnheden?

Nyhedsbrev (RiskNyt)

{Vælg én}

Meget relevant // Noget relevant // Mindre relevant // Ikke relevant // Ved-ikke

Halvårlige temadage for PSA'ere

{Vælg én}

Meget relevant // Noget relevant // Mindre relevant // Ikke relevant // Ved-ikke

Generel information via mail

{Vælg én}

Meget relevant // Noget relevant // Mindre relevant // Ikke relevant // Ved-ikke

Ad hoc møder med RiskEnheden

{Vælg én}

Meget relevant // Noget relevant // Mindre relevant // Ikke relevant // Ved-ikke

5.2 Angiv eventuelt forslag til forbedring af formidling / tilbagemelding fra RiskEnheden

[Fri tekst:]

6 Patienter og personale

6.1 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, informeres?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

6.2 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at man beklager eller undskylder over for en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, som kunne have været undgået?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

6.3 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en kollega, som har været involveret i en skadevoldende hændelse, får støtte eller hjælp?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

7 Effekter og Nyttevirkning

7.1 Jeg kan se en nytte af indsatsen for patientsikkerhed i min enhed.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

7.2 Jeg kan generelt se en nytte af arbejdet med patientsikkerhed.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

7.3 Jeg kan lide arbejdet med patientsikkerhed

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

8 Fremadrettede patientsikkerhedsaktiviteter

8.1 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som du ser behov for at få iværksat?

[Fri tekst:]

8.2 Angiv eventuelt hvad du gerne så som mål for arbejdet med patientsikkerhed i dit afsnit / din enhed det næste år?

[Fri tekst:]

9 Baggrundsoplysninger

9.1 Hvor længe har du været PSA'er / KK'er?

{Vælg én}

Mindre end 3 mdr. // 3 mdr. eller mere

Spørgeskema til FE-ledere og mellemledere

A Organisering

A1 Som leder prioriterer jeg patientsikkerhedsarbejdet i tilstrækkelig grad.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

A2 Hvor ofte bringer man patientsikkerhed op på konference / personalemøde?

{Vælg én}

Dagligt // Mindst en gang om ugen // Mindst en gang om måneden // Sjældent //

Aldrig

A3 Vi får tilstrækkelig støtte / tilbagemelding / rådgivning fra RiskEnheden.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

A4 Angiv eventuelt forslag til hvordan man kan forbedre støtte / tilbagemelding / rådgivning fra RiskEnheden.

[Fri tekst:]

A5 Afholdes der regelmæssige møder mellem ledere [FE-ledere og/eller mellemledere] og PSA'ere / KK'ere, hvor patientsikkerheden er på dagsordenen?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

A6 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som er sat i gang på grund af rapportering?

[Fri tekst:]

B Rapportering

B1 Som leder opfordrer jeg jævnligt til rapportering i min enhed.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

C Analyse og handlinger / tiltag

C1 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet mellem PSA'ere og ledelsen i din enhed/klinik?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

C2 Er der foretaget kerneårsagsanalyser på hændelser i din enhed?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

C2a Er handlingsplanerne fra kerneårsagsanalyse(r) implementeret?

{Vælg én}

Ja, uden undtagelse // Ja, for det meste // Stort set ikke // Overhovedet ikke // Ved-ikke

C2b Angiv eventuelt kommentarer til dit svar i C2a.

[Fri tekst:]

D Formidling

D1 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handling formidles til personalet i din enhed?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

E Patienter og personale

E1 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, informeres?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

E2 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at man beklager eller undskylder over for en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, som kunne have været undgået?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

E3 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en kollega, som har været involveret i en skadevoldende hændelse, får støtte eller hjælp?

{Vælg én}

Ja // Nej // Ved-ikke

F Effekter og Nytevirkning

F1 Jeg kan se en nytte af indsatsen for patientsikkerhed i min enhed.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

F2 Jeg kan generelt se en nytte af arbejdet med patientsikkerhed.

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

F3 Jeg kan lide arbejdet med patientsikkerhed

{Vælg én}

Meget enig // Noget enig // Både- og // Noget uenig // Meget uenig // Ved-ikke

G Fremadrettede patientsikkerhedsaktiviteter

G1 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som du ser behov for at få iværksat?

[Fri tekst:]

G2 Angiv eventuelt hvad du gerne så som mål for arbejdet med patientsikkerhed i dit afsnit / din enhed det næste år?

[Fri tekst:]

Appendiks 2: Tabeller over svar fra ledergruppen og PSA/KK-gruppen

1.1 - Patientsikkerhedsarbejdet bliver i tilstrækkelig grad prioriteret af FE-ledelsen/af mig som leder

af FE-ledelsen. * PSAKK_FE Crosstabulation

			PSAKK_FE			Total
			PSA_KK	FE	ML	
1.1 - Patientsikkerhedsarbejdet bliver i tilstrækkelig grad prioriteret af FE-ledelsen/af mig som leder af FE-ledelsen.	Meget enig	Count	16	14	64	94
		% within PSAKK_FE	19,0%	73,7%	72,7%	49,2%
	Noget enig	Count	29	5	21	55
		% within PSAKK_FE	34,5%	26,3%	23,9%	28,8%
	Både- og	Count	18	0	3	21
		% within PSAKK_FE	21,4%	,0%	3,4%	11,0%
	Noget uenig	Count	14	0	0	14
		% within PSAKK_FE	16,7%	,0%	,0%	7,3%
	Meget uenig	Count	6	0	0	6
		% within PSAKK_FE	7,1%	,0%	,0%	3,1%
	Ved-ikke	Count	1	0	0	1
		% within PSAKK_FE	1,2%	,0%	,0%	,5%
Total	Count	84	19	88	191	
	% within PSAKK_FE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

1.2 Patientsikkerhedsarbejdet bliver i tilstrækkelig grad prioriteret

af den lokale ledelse. * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
1.2 Patientsikkerhedsarbejdet bliver i tilstrækkelig grad prioriteret af den lokale ledelse.	Meget enig	Count	24	24
		% within Leder-PSA	28,6%	28,6%
	Noget enig	Count	28	28
		% within Leder-PSA	33,3%	33,3%
	Både- og	Count	17	17
		% within Leder-PSA	20,2%	20,2%
	Noget uenig	Count	11	11
		% within Leder-PSA	13,1%	13,1%
	Meget uenig	Count	3	3
		% within Leder-PSA	3,6%	3,6%
	Ved-ikke	Count	1	1
		% within Leder-PSA	1,2%	1,2%
Total		Count	84	84
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

1.3 Hvor ofte bringer man patientsikkerhed op på konference / personalemøde? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
1.3 Hvor ofte bringer man patientsikkerhed op på konference / personalemøde?	Dagligt	Count	0	11	11
		% within Leder-PSA	,0%	10,3%	5,8%
	Mindst en gang om ugen	Count	14	49	63
		% within Leder-PSA	16,7%	45,8%	33,0%
	Mindst en gang om måneden	Count	41	38	79
		% within Leder-PSA	48,8%	35,5%	41,4%
Sjældent		Count	28	9	37
		% within Leder-PSA	33,3%	8,4%	19,4%
Aldrig		Count	1	0	1
		% within Leder-PSA	1,2%	,0%	,5%
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

1.4 Vi får tilstrækkelig støtte / tilbagemelding / rådgivning fra RiskEnheden. * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
1.4 Vi får tilstrækkelig støtte / tilbagemelding / rådgivning fra RiskEnheden.	Meget enig	Count	35	22	57
		% within Leder-PSA	41,7%	20,6%	29,8%
	Noget enig	Count	29	32	61
		% within Leder-PSA	34,5%	29,9%	31,9%
	Både- og	Count	15	40	55
		% within Leder-PSA	17,9%	37,4%	28,8%
Noget uenig		Count	1	4	5
		% within Leder-PSA	1,2%	3,7%	2,6%
Meget uenig		Count	0	2	2
		% within Leder-PSA	,0%	1,9%	1,0%
Ved-ikke		Count	4	7	11
		% within Leder-PSA	4,8%	6,5%	5,8%
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

1.6 Afholdes der regelmæssige møder mellem ledere [FE-ledere og / eller mellemledere] og PSA'ere / KK'ere, hvor patientsikkerheden er på dagsordenen? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
1.6 Afholdes der regelmæssige møder mellem ledere [FE-ledere og / eller mellemledere] og PSA'ere / KK'ere, hvor patientsikkerheden er på dagsordenen?	Ja	Count	35	59	94
		% within Leder-PSA	41,7%	55,1%	49,2%
	Nej	Count	41	39	80
		% within Leder-PSA	48,8%	36,4%	41,9%
	Ved-ikke	Count	8	9	17
		% within Leder-PSA	9,5%	8,4%	8,9%
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

1.8 Har du tilstrækkelig tid til patientsikkerhedsarbejdet? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
1.8 Har du tilstrækkelig tid til patientsikkerhed sarbejdet?	Ja	Count	27	27
		% within Leder-PSA	32,1%	32,1%
	Nej	Count	46	46
		% within Leder-PSA	54,8%	54,8%
	Ved-ikke	Count	11	11
		% within Leder-PSA	13,1%	13,1%
Total		Count	84	84
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

2.1 Ledelsen [FE-ledere og/eller mellemedere] i min enhed opfordrer jævnligt til rapportering. * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
2.1 Ledelsen [FE-ledere og/eller mellemledere] i min enhed opfordrer jævnligt til rapportering.	Meget enig	Count	25	53	78
		% within Leder-PSA	29,8%	49,5%	40,8%
	Noget enig	Count	17	41	58
		% within Leder-PSA	20,2%	38,3%	30,4%
	Både- og	Count	18	9	27
		% within Leder-PSA	21,4%	8,4%	14,1%
	Noget uenig	Count	11	2	13
		% within Leder-PSA	13,1%	1,9%	6,8%
	Meget uenig	Count	12	1	13
		% within Leder-PSA	14,3%	,9%	6,8%
	Ved-ikke	Count	1	1	2
		% within Leder-PSA	1,2%	,9%	1,0%
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

2.2 Er det hensigtsmæssigt, at hændelserne scores lokalt, dvs. af kliniker og PSA'er? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
2.2 Er det hensigtsmæssigt, at hændelserne scores lokalt, dvs. af kliniker og PSA'er?	Ja	Count	71	71
		% within Leder-PSA	84,5%	84,5%
	Nej	Count	4	4
		% within Leder-PSA	4,8%	4,8%
	Ved-ikke	Count	9	9
		% within Leder-PSA	10,7%	10,7%
Total		Count	84	84
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

2.3 Bliver scoringen af hændelser anvendt lokalt? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
2.3 Bliver scoringen af hændelser anvendt lokalt?	Ja	Count	50	50
		% within Leder-PSA	59,5%	59,5%
	Nej	Count	19	19
		% within Leder-PSA	22,6%	22,6%
	Ved-ikke	Count	15	15
		% within Leder-PSA	17,9%	17,9%
Total	Count	84	84	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	

2.3a Hvad bliver scoringen anvendt til lokalt?

[Sæt ét eller to kryds] - Til prioritering af indsats * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
2.3a Hvad bliver scoringen anvendt til lokalt?	Til prioritering af indsats	Count	43	43
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%
[Sæt ét eller to kryds] - Til prioritering af indsats				
Total		Count	43	43
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

2.3a Hvad bliver scoringen anvendt til lokalt?

[Sæt ét eller to kryds] - Til andet * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
2.3a Hvad bliver scoringen anvendt til lokalt?	2	Count	13	13
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%
[Sæt ét eller to kryds] - Til andet				
Total		Count	13	13
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

3.1 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet mellem PSA'ere og ledelsen i din enhed/klinik? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
3.1 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet mellem PSA'ere og ledelsen i din enhed/klinik?	Ja	Count	23	49	72
		% within Leder-PSA	27,4%	45,8%	37,7%
	Nej	Count	44	31	75
		% within Leder-PSA	52,4%	29,0%	39,3%
	Ved-ikke	Count	17	27	44
		% within Leder-PSA	20,2%	25,2%	23,0%
Total	Count	84	107	191	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%	

3.2 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet blandt PSA'erne i din enhed? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA	Total
			PSA/KK	
3.2 Er der tilstrækkelig dialog om analysearbejdet blandt PSA'erne i din enhed?	Ja	Count	37	37
		% within Leder-PSA	44,0%	44,0%
	Nej	Count	34	34
		% within Leder-PSA	40,5%	40,5%
	Ved-ikke	Count	13	13
		% within Leder-PSA	15,5%	15,5%
Total	Count	84	84	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	

3.3 Kontakter du PSA'ere fra andre enheder om analysearbejdet? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA	Total
			PSA/KK	
3.3 Kontakter du PSA'ere fra andre enheder om analysearbejdet?	Ja, ofte	Count	6	6
		% within Leder-PSA	7,1%	7,1%
	Ja, nu og da	Count	43	43
		% within Leder-PSA	51,2%	51,2%
	Nej, aldrig	Count	31	31
		% within Leder-PSA	36,9%	36,9%
	Ved-ikke	Count	4	4
		% within Leder-PSA	4,8%	4,8%
Total	Count	84	84	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	

3.4 Hvis der var mulighed for det, ville du så ønske et tættere samarbejde med PSA'ere fra andre enheder? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
3.4 Hvis der var mulighed for det, ville du så ønske et tættere samarbejde med PSA'ere fra andre enheder?	Ja	Count	52	52
		% within Leder-PSA	61,9%	61,9%
	Nej	Count	12	12
		% within Leder-PSA	14,3%	14,3%
	Ved-ikke	Count	20	20
		% within Leder-PSA	23,8%	23,8%
Total		Count	84	84
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

3.5 Bruger I jeres faktuelle score 1- og score 2-hændelser til at vurdere, om der er behov for handlinger / tiltag / analyse? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
3.5 Bruger I jeres faktuelle score 1- og score 2-hændelser til at vurdere, om der er behov for handlinger / tiltag / analyse?	Ja	Count	58	58
		% within Leder-PSA	69,0%	69,0%
	Nej	Count	15	15
		% within Leder-PSA	17,9%	17,9%
	Ved-ikke	Count	11	11
		% within Leder-PSA	13,1%	13,1%
Total		Count	84	84
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

3.5a Anvendes vurderingen til at iværksætte handlinger / tiltag? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
3.5a Anvendes vurderingen til at iværksætte handlinger / tiltag?	Ja	Count	51	51
		% within Leder-PSA	94,4%	94,4%
	Ved-ikke	Count	3	3
		% within Leder-PSA	5,6%	5,6%
Total		Count	54	54
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

3.6 Er der foretaget kerneårsagsanalyser på hændelser i din enhed? * Leder-PSA

Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
3.6 Er der foretaget kerneårsagsanalyser på hændelser i din enhed?	Ja	Count	50	67	117
		% within Leder-PSA	59,5%	62,6%	61,3%
	Nej	Count	23	20	43
		% within Leder-PSA	27,4%	18,7%	22,5%
	Ved-ikke	Count	11	20	31
		% within Leder-PSA	13,1%	18,7%	16,2%
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

3.6a Er handlingsplanerne fra kerneårsagsanalyse(r) implementeret? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
3.6a Er handlingsplanerne fra kerneårsagsanalyse(r) implementeret?	Ja, uden undtagelse	Count	8	13	21
		% within Leder-PSA	16,0%	19,4%	17,9%
	Ja, for det meste	Count	24	42	66
		% within Leder-PSA	48,0%	62,7%	56,4%
	Stort set ikke	Count	4	3	7
		% within Leder-PSA	8,0%	4,5%	6,0%
	Overhovedet ikke	Count	1	0	1
		% within Leder-PSA	2,0%	,0%	,9%
	Ved-ikke	Count	13	9	22
		% within Leder-PSA	26,0%	13,4%	18,8%
Total	Count	50	67	117	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%	

4.1 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handlinger formidles

til personalet i din enhed? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
4.1 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handlinger formidles til personalet i din enhed?	Ja	Count	48	79	127
		% within Leder-PSA	57,1%	73,8%	66,5%
	Nej	Count	28	22	50
		% within Leder-PSA	33,3%	20,6%	26,2%
	Ved-ikke	Count	8	6	14
		% within Leder-PSA	9,5%	5,6%	7,3%
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

4.2 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handlinger udveksles

mellem PSA'ere og KK'ere i din enhed? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
4.2 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handlinger udveksles mellem PSA'ere og KK'ere i din enhed?	Ja	Count	51	51
		% within Leder-PSA	60,7%	60,7%
	Nej	Count	23	23
		% within Leder-PSA	27,4%	27,4%
	Ved-ikke	Count	10	10
		% within Leder-PSA	11,9%	11,9%
Total		Count	84	84
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

4.3 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handlinger udveksles med PSA'ere i andre enheder? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
4.3 Har I en praksis, som sikrer, at viden om hændelser / handlinger udveksles med PSA'ere i andre enheder?	Ja	Count	17	17
		% within Leder-PSA	20,2%	20,2%
	Nej	Count	56	56
		% within Leder-PSA	66,7%	66,7%
	Ved-ikke	Count	11	11
		% within Leder-PSA	13,1%	13,1%
Total		Count	84	84
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?

[Sæt ét eller flere kryds] - Møder på matrikel * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?	Møder på matrikel	Count	26	26
		% within Leder-PSA		
		[Sæt ét eller flere kryds] - Møder på matrikel	100,0%	100,0%
Total		Count	26	26
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?

[Sæt ét eller flere kryds] - Møder med afdelinger vi arbejder sammen med *
Leder-PSA Crosstabulation

		Leder- PSA	Total
		PSA/KK	
4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?	2 Count	42	42
	% within Leder-PSA		
[Sæt ét eller flere kryds] - Møder med afdelinger vi arbejder sammen med		100,0%	100,0%
Total	Count	42	42
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?

[Sæt ét eller flere kryds] - Hyppigere PSA-temadage * Leder-PSA Crosstabulation

		Leder- PSA	Total
		PSA/KK	
4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?	3 Count	24	24
	% within Leder-PSA		
[Sæt ét eller flere kryds] - Hyppigere PSA-temadage		100,0%	100,0%
Total	Count	24	24
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?

[Sæt ét eller flere kryds] - Andet * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?	4	Count	10	10
		% within Leder-PSA		
[Sæt ét eller flere kryds] - Andet			100,0%	100,0%
Total		Count	10	10
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?

[Sæt ét eller flere kryds] - Føler ikke behov for at supplere videndelingen med PSA'ere i andre enheder * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
4.4 Hvordan ville I i givet fald supplere den nuværende videndeling med PSA'ere i andre enheder?	5	Count	10	10
		% within Leder-PSA		
[Sæt ét eller flere kryds] - Føler ikke behov for at supplere videndelingen med PSA'ere i andre enheder			100,0%	100,0%
Total		Count	10	10
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

5.1a Nyhedsbrev (RiskNyt) * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
5.1a Nyhedsbrev (RiskNyt)	Meget relevant	Count	46	46
		% within Leder-PSA	54,8%	54,8%
	Noget relevant	Count	35	35
		% within Leder-PSA	41,7%	41,7%
	Mindre relevant	Count	3	3
		% within Leder-PSA	3,6%	3,6%
Total	Count	84	84	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	

5.1b Halvårlige temadage for PSA'ere * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
5.1b Halvårlige temadage for PSA'ere	Meget relevant	Count	64	64
		% within Leder-PSA	76,2%	76,2%
	Noget relevant	Count	13	13
		% within Leder-PSA	15,5%	15,5%
	Mindre relevant	Count	1	1
		% within Leder-PSA	1,2%	1,2%
	Ikke relevant	Count	1	1
		% within Leder-PSA	1,2%	1,2%
	Ved-ikke	Count	5	5
		% within Leder-PSA	6,0%	6,0%
Total	Count	84	84	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	

5.1c Generel information via mail * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
5.1c Generel information via mail	Meget relevant	Count	51	51
		% within Leder-PSA	60,7%	60,7%
	Noget relevant	Count	29	29
		% within Leder-PSA	34,5%	34,5%
	Mindre relevant	Count	2	2
		% within Leder-PSA	2,4%	2,4%
	Ikke relevant	Count	1	1
		% within Leder-PSA	1,2%	1,2%
	Ved-ikke	Count	1	1
		% within Leder-PSA	1,2%	1,2%
Total	Count	84	84	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	

5.1d Ad hoc møder med RiskEnheden * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
5.1d Ad hoc møder med RiskEnheden	Meget relevant	Count	48	48
		% within Leder-PSA	57,8%	57,8%
	Noget relevant	Count	23	23
		% within Leder-PSA	27,7%	27,7%
	Ikke relevant	Count	1	1
		% within Leder-PSA	1,2%	1,2%
	Ved-ikke	Count	11	11
		% within Leder-PSA	13,3%	13,3%
Total	Count	83	83	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	

6.1 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, informeres? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
6.1 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, informeres?	Ja	Count	31	67	98
		% within Leder-PSA	36,9%	62,6%	51,3%
	Nej	Count	29	13	42
		% within Leder-PSA	34,5%	12,1%	22,0%
	Ved-ikke	Count	24	27	51
		% within Leder-PSA	28,6%	25,2%	26,7%
Total	Count	84	107	191	
	% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%	

6.2 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at man beklager eller undskylder over for en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, som kunne have været undgået? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
6.2 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at man beklager eller undskylder over for en patient, der har været udsat for en skadevoldende hændelse, som kunne have været undgået?	Ja	Count	34	64	98
		% within Leder-PSA	40,5%	59,8%	51,3%
	Nej	Count	19	9	28
		% within Leder-PSA	22,6%	8,4%	14,7%
	Ved-ikke	Count	31	34	65
		% within Leder-PSA	36,9%	31,8%	34,0%
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

6.3 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en kollega, som har været involveret i en skadevoldende hændelse, får støtte eller hjælp? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
6.3 Er der i din enhed en praksis, som sikrer, at en kollega, som har været involveret i en skadevoldende hændelse, får støtte eller hjælp?	Ja	Count	44	81	125
		% within Leder-PSA	52,4%	75,7%	65,4%
	Nej	Count	20	7	27
		% within Leder-PSA	23,8%	6,5%	14,1%
	Ved-ikke	Count	20	19	39
		% within Leder-PSA	23,8%	17,8%	20,4%
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

7.1 Jeg kan se en nytte af indsatsen for patientsikkerhed i min enhed. * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
7.1 Jeg kan se en nytte af indsatsen for patientsikkerhed i min enhed.	Meget enig	Count	41	48	89
		% within Leder-PSA	48,8%	44,9%	46,6%
	Noget enig	Count	21	35	56
		% within Leder-PSA	25,0%	32,7%	29,3%
	Både- og	Count	18	21	39
		% within Leder-PSA	21,4%	19,6%	20,4%
	Noget uenig	Count	2	1	3
		% within Leder-PSA	2,4%	,9%	1,6%
	Meget uenig	Count	2	1	3
		% within Leder-PSA	2,4%	,9%	1,6%
Ved-ikke	Count	0	1	1	
	% within Leder-PSA	,0%	,9%	,5%	
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

7.2 Jeg kan generelt se en nytte af arbejdet med patientsikkerhed. * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
7.2 Jeg kan generelt se en nytte af arbejdet med patientsikkerhed.	Meget enig	Count	59	74	133
		% within Leder-PSA	70,2%	69,2%	69,6%
	Noget enig	Count	16	23	39
		% within Leder-PSA	19,0%	21,5%	20,4%
	Både- og	Count	7	9	16
		% within Leder-PSA	8,3%	8,4%	8,4%
	Noget uenig	Count	1	1	2
		% within Leder-PSA	1,2%	,9%	1,0%
Meget uenig	Count	1	0	1	
	% within Leder-PSA	1,2%	,0%	,5%	
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

7.3 Jeg kan lide arbejdet med patientsikkerhed. * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder-PSA		Total
			PSA/KK	Leder	
7.3 Jeg kan lide arbejdet med patientsikkerhed.	Meget enig	Count	49	51	100
		% within Leder-PSA	58,3%	47,7%	52,4%
	Noget enig	Count	20	36	56
		% within Leder-PSA	23,8%	33,6%	29,3%
	Både- og	Count	11	18	29
		% within Leder-PSA	13,1%	16,8%	15,2%
	Noget uenig	Count	1	2	3
		% within Leder-PSA	1,2%	1,9%	1,6%
Meget uenig	Count	1	0	1	
	% within Leder-PSA	1,2%	,0%	,5%	
Ved-ikke	Count	2	0	2	
	% within Leder-PSA	2,4%	,0%	1,0%	
Total		Count	84	107	191
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%	100,0%

9.1 Hvor længe har du været PSA'er / KK'er? * Leder-PSA Crosstabulation

			Leder- PSA	Total
			PSA/KK	
9.1 Hvor længe har du været PSA'er / KK'er?	Mindre end 3 mdr.	Count	8	8
		% within Leder-PSA	9,6%	9,6%
	Mere end 3 mdr.	Count	75	75
		% within Leder-PSA	90,4%	90,4%
Total		Count	83	83
		% within Leder-PSA	100,0%	100,0%

Appendiks 3: Respondentkommentarer

Fordeling af kommentarer på kategorier og emner

Respondenternes fritekst-svar vedrører flere gennemgående emner og falder indenfor to specifikke kategorier. Disse omhandler hvilke nytteeffekter respondenterne har oplevet og ønsker at der kommer ud af rapporterings-systemet fremover, samt hvilke forbedringer det kræver. I tabellerne nedenfor gives nogle repræsentative eksempler på kommentarer indenfor de anvendte kategorier. Henvisning til spørgsmål i spørgeskema og respondentens funktion er angivet i parentes efter fritekst-svaret.

I tabellen "nytteeffekt" nedenfor giver respondenter med deres fritekst-svar eksempler på tiltag, der er opnået på baggrund af rapportering. Der er taget et udpluk af fritekst-svar fra de åbne spørgsmål 1.7/A6 og 3.5b.

Nytteeffekt	
Emne	Fritekst-svar
Patient	<ul style="list-style-type: none">• 'Sikkerhed i forbindelser med forflytninger af tunge patienter, skærpet opmærksomhed på hjerneskadede patienter' (1.7, PSA/KK).• 'Skriftlig vejledning om medicin til patienterne, hvor præparater er beskrevet og afbilledet' (1.7, PSA/KK).• 'Temadag med fokus på patientforløb/gentagne utilsigtede hændelser og patientklager' (A6, FE/ML).• 'sengeforhøjere, markering af trappe nedgange' (A6, FE/ML).• 'Gelænder på trappe efter fald' (3.5b, PSA/KK).• 'Sikkerhed på patienternes badeværelser' (3.5b, PSA/KK).
Medicin	<ul style="list-style-type: none">• 'Bedre og mere korrekt brug af medicin skemaet' (1.7, PSA/KK).• 'Journalaudit vedr. medicin, en gang månedlig' (A6, FE/ML).• 'Kvalitetsplan med fokus på medicingivning og fokus på dokumentation i journalen' (A6, FE/ML).• 'Regler for medicinrum og dosering af medicin' (A6, FE/ML).• 'Registrering af medicineringshændelser i 1 mdr. for at kunne analysere arbejdsgange og derved nedsætte medicineringsfejl' (1.7, PSA/KK).
Hygiejne	<ul style="list-style-type: none">• 'Vejledning om sepsis behandling udarbejdet efter kerneårsags analyse' (A6, FE/ML).• 'Fx. har vi haft fokus på håndhygiejne, kørt en kampagne i samarbejde med hygiejnesygeplejersken. Vi havde indkøbt 'glitterboc' og ultravioletlys. Det rykkede, at kollegerne så deres egne hænder under lampen i stedet for 'teori' hvor man kan tænke 'det er de andre' (3.5b, PSA/KK)
Apparatur	<ul style="list-style-type: none">• 'Mulighed for luft/ilt-blanding til ventilationsposer er ikke længere til stede på afdelingen efter utilsigtet præoxygenering med kun atmosfærisk luft i stedet for ren ilt fandt sted 2 gange. Nu kun én slange med oxygen til maskeventilation på stuerne' (1.7, PSA/KK).• 'I vores afd. tjekker vi dagligt at ilt og sug fungerer og krydser af på et skema der hænger på patientstuen, med navn og dato for sidste tjek. Dette sker på baggrund af en utilsigtet hændelse, hvor suget i en akut situation ikke var samlet korrekt' (1.7, PSA/KK).

Apparatur (fortsat)	<ul style="list-style-type: none"> • 'Gennemgang af nye vejledninger. Retningslinjer og diskussion af specieludstyr' (1.7, PSA/KK). • 'Ændring af instrumentudvalget i instrumentbakker, som følge af utilsigtede hændelser' (A6, FE/ML). • 'Sprøjter med luerlock til infusioner' (A6, FE/ML). • 'Indførelse af engangs ruben balloner' (A6, FE/ML). • 'En patient fik sine fingre i klemme i apparatur og stod fastklemt et stykke tid. Man har efterfølgende i samarbejde med leverandøren af apparaturet fået udarbejdet håndtag til samtlige apparater i enheden så patienterne ikke kan komme til at stikke fingrene ind hvor de ikke skal være' (3.5b, PSA/KK). • 'Tydeliggøre ledning til anæstesiapparat for at forhindre at det slukkes ved en fejltagelse. Udskiftning af dropsæt for at forhindre tilbageløb af medicin i slange. Ens placering af pumper med medicin for at undgå at give bolus af det forkerte mm.' (3.5b, PSA/KK).
Arbejdsgang	<ul style="list-style-type: none"> • 'Udarbejdelse af undervisnings materiale/vejledninger til ekstern personale, der har sin jævnlige gang i MR-scanneren' (1.7, PSA/KK). • 'Analyse af og sikkerhedsprocedure omkring prøvesvar' (1.7, PSA/KK). • 'Skriftlig vejledning om medicin til patienterne, hvor præparater er beskrevet og afbilledet' (1.7, PSA/KK). • 'Patientforløbsbeskrivelse for hjernerystelses patienter. Her fået defineret visitering, samarbejdsaftaler og ansvar, fra 9 til 1 skema, både mundtlig og skriftlig afrapportering fra radiolog ved beskrivelse af akut ct-scanning' (1.7, PSA/KK). • 'Genoptaget procedure i forhold til blodtransfusion. Bla. checke blodet på stuen ved siden af patienten' (3.5b, PSA/KK). • 'Optimeret arbejdsgange vedrørende henvisning af patienter til fortsat genoptræning, så patienterne ikke falder mellem to stole' (1.7, PSA/KK). • 'Vi er i gang med en skrivelse til praktiserende læger vedr. prøvemateriale og identifikation af patienter. Der modtages i LDE forkert og ikke korrekt mærket prøvemateriale i stor grad, og indsatsområdet går på at bedre disse forhold til gavn for patienterne' (A6, FE/ML). • 'Fast iltbehandling til patienter under transport fra operationsstuen til opvågningen' (A6, FE/ML). • 'Der har været problemer med tlf. kontakt fra Falck til skadestuen i FRS, det var en ny person som tog tlf. hver gang med forvirring omkring behandling af patient til følge. Der er anskaffet en dect-tlf til vagthavende sygeplejerske for at bedre kontinuiteten' (A6, FE/ML). • 'Patientidentifikation inden patient afhentes til operationsgang. At der skal være overensstemmelse mellem navn på journal, og den rette patient' (A6, FE/ML).

I tabellen "forbedringer" nedenfor giver respondenter med deres fritekst-svar eksempler på ønskede forbedringer indenfor flere emner. Der er taget et udpluk af fritekst-svar fra de åbne spørgsmål 1.5/A4, 4.4a, 5.2, 8.1/G1, 8.2/G2 og 1.8a.

Forbedringer	
Emne	Fritekst-svar
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> 'Jeg kunne godt ønske at rapporteringen fra Risk-enheden var mere læsbar. Jeg synes de summariske rapporter vi modtager kræver en del fortolkning og omformulering inden de kan videreformidles til PSA'ere og ledelserne' (1.5,PSA/KK). 'F.eks. udsendelse af månedlig eller kvartalsvis redigeret og kommenteret resumé af periodens indberettede utilsigtede hændelser, iværksatte samt forslag til tiltag for at undgå samme i fremtiden m.v.' (A4, FE/ML). 'Fast mødestruktur. Orientering af enheden direkte hvis der er indrapporteret noget som vedrører denne. RiskEnheden er for anonyme' (A4, FE/ML). Faste møder med FE ledelsen og KK og PSAér (5.2, PSA/KK). 'En mere åben sikkerhedskultur' (8.2, PSA/KK). 'Fortsætte nuværende kurs med diskussion i personalegruppen med direkte patientkontakt om hændelser + nær-. Fastholde fokus på uhensigtsmæssigheder, rapportere relevant. Bred involvering. Højt informationsniveau' (G2, FE/ML).
Videndeling	<ul style="list-style-type: none"> 'Jeg kunne ønske at få flere anonymiserede patientsituationer bredt ud i enhederne, når de har noget generelt, som mange kunne lære af' (1.5,PSA/KK). 'Jeg savner en mail, der oplyser lidt generelt omkring de utilsigtede hændelser. Eksempelvis en gang hver 3 måned, at der kom lidt tilbagemelding på de utilsigtede hændelser der er lavet' (1.5,PSA/KK). 'At Risk enheden kommer ud i enhederne og fremlægger hændelser samt indsatsområder' (A4, FE/ML). 'Hvordan man omsætter læringen af hændelserne til praksis' (4.4a, PSA/KK). 'KK er kunne mødes med sikkerhedsarbejde på dagsordenen. Det er for mange mennesker at tage ud af klinikken at alle PSA ere mødes' (4.4a, PSA/KK). 'lokale tiltag i enheden kunne 'lægges ind' under en fælles mappe med undermappe for hver enhed. så kunne man kigge på erfaringer og gode ideer fra andre enheder. Anæst enhed har sendt resultater af deres 'medicinskema med på opr' undersøgelse ud, rigtig godt og - måske lidt tilfældigt - hører vi om deres fokus områder og høster selv ved at være opmærksom på disse' (4.4a, PSA/KK). 'Jeg vil gerne vide hvilke hændelser der er set i andre afdelinger, som eventuelt kan benytte her som forebyggelse. Bred erfaringsudveksling' (4.4a, PSA/KK). 'et til to gange om året var møder hvor min enheds PSA'ere kunne mødes med PSA'ere fra enheder vi har særlig meget samarbejde med. En del af de tilsigtede hændelser sker jo netop i patientens behandling eller lign i andre enheder' (4.4a, PSA/KK). 'Kontakt i aktuelle sager mhp at finde fælles løsninger til forebyggelse' (4.4a, PSA/KK). 'Kontakten til andre afdelinger i forbindelse med en uth, gå mere i dybden med visse uth'er, samt kontakt/videndeling/ læring til andre afdelinger inden for samme speciale på andre

Videndeling (fortsat)	<p>sygehus' (1.8a, PSA/KK).</p> <ul style="list-style-type: none"> 'Jeg vil få nedskrevet de opfølgninger på diverse hændelser, samt sprede viden om dette. Jeg forbereder indlæg til lokalblad, fællesmøder. Måske forberede indlæg til tamadage mm.' (1.8a, PSA/KK).
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> 'Kompetence forholdende mellem KK'er og PSA er uklar, ligeledes er informationsvejene mellem RISK enheden og ovenstående uklar' (1.5, PSA/KK). 'Tættere formaliseret samarbejde mellem den enkelte enhed, de patientsikkerhedsansvarlige og RISK-enheden' (A4, FE/ML). 'PSA arbejdet skal sættes i system, og der skal planlægges tid til at lave PSA arbejdet' (8.1, PSA/KK). 'Tid til at indberette utilsigtet hændelser, der er i det daglige ikke tid til at indberette, hvis patienterne skal have en basal pleje og behandling' (G1, FE/ML). 'Mere personale, og tid til ordentligt arbejde. Det ville mindske uheld meget' (G1, FE/ML). 'En stabsfunktion til FE ledelsen skulle holde møder med personale, det kan personalemedlemmet der er PSA ikke nå (G2, FE/ML)'. 'Dialog arbejde om hvor vigtig pt. sikkerhedsarbejde er blandt alle der har med pt. at gøre i pt. gang gennem sygehuset' (G1, FE/ML).
Samarbejde og undervisning	<ul style="list-style-type: none"> 'Mere støtte til analyse af hændelser med lav risiko' (1.5, PSA/KK). 'Mere påholdende overfor at holde kerneårsagsanalyse. Hjælpe enhederne de første gange så metoden læres' (A4, FE/ML). 'Gerne hjælp til konkrete handleplaner på det indrapporterede' (A4, FE/ML). 'Undervisning og erfarings udbredelse i de enkelte afsnit Tema på Konferencer og diskussioner i de lokale arbejdsfællesskaber' (1.8a, PSA/KK). 'Oplysning/information til klinikerne om vigtigheden af at anmelde UTH. Opfølgning af anmeldelserne. Hvad gøres der for at hændelsen ikke sker igen' (1.8a, PSA/KK). 'Tid til undervisning af personale/nyansatte omkring formål med registrering og hvilke tiltag der kan gøres, opfølgning på indberetninger. Tid til at hjælpe personale med udfyldelse af skema korrekt' (1.8a, PSA/KK).
Indsatsområde: Patient	<ul style="list-style-type: none"> 'Ensartede procedurer for underretning af patienter om UTH' (8.1, PSA/KK). 'Patient-fald, især forhindring af fald ud af sengen pga konfusion eller 'nat-forvirring' (8.1, PSA/KK). 'Patienter med synkebesvær som alligevel tilbydes 'alm kost'. Sikring af cognitivt dårlige patienter der er til fare for sig selv eller andre, tættere oppasning af fast personale- evt skærmet enhed' (G1, FE/ML).
Indsatsområde: Medicin	<ul style="list-style-type: none"> 'Bedre sikkerhed i forbindelse med medicin dosering, så forstyrrelser kan undgås. Bedring af forholdende i medicin rummet' (8.1, PSA/KK). 'Yderligere optimering af medicinering evt. via EPJ-modulet, som ligeledes vil kunne sikre overgangene fra primær til sekundær sektor og vice versa' (G1, FE/ML). 'Sikkerhed vedrørende beregning af medicindoser (burde være koblet op på EPM, men er det ikke)' (G1, FE/ML).

Indsatsområde: Hygiejne	<ul style="list-style-type: none"> • 'Kampagner, som er understøttet og bakket op af direktionen, om håndhygiejne, uniformshygiejne' (8.1, PSA/KK). • 'Hygiejneproblemer (risiko for smitte) f.eks. i forhold til hjælpemidler, som ikke bliver ordentlig rengjort før næste patient bruger dem' (G1, FE/ML). • 'At personalet ikke bærer ure, ringe og armbånd. At der er opsat håndsprit mange flere strategiske steder end i dag. At der er en ren uniform til alle hver dag' (8.2, PSA/KK).
Indsatsområde: Apparatur	<ul style="list-style-type: none"> • 'fokus på test af småapparatur (BTapparat, termometer, pumper o.lig.)' (8.1, PSA/KK).
Indsatsområde: Arbejdsgange	<ul style="list-style-type: none"> • 'En større ansvarsfølelse fra den enkelte medarbejder, til at følge de 'regler' der bliver sat op' (8.1, PSA/KK). • 'Elektronisk patientjournal klare vejledninger for forskellige procedurer, hvem gør hvad' (G1, FE/ML). • 'udarbejde procedure for håndtering af UT i.f.t. patient og i.f.t. personalet' (8.2, PSA/KK). • 'Fast praksis angående score 1 og 2 hændelser med rapportering til FE-ledelse og feedback til personalet samt fokuserede aktiviteter for at forbedre sikkerheden. Vi har principielt fastlagt proceduren, men prioriteringen af dette er ikke plads. Det er et fælles ansvar (ledelsen KK, PSA) og ikke kun ledelsens' (8.2, PSA/KK). • 'Der sker alt for mange hændelser i forbindelse med sektorskift, dette mener jeg bør have en høj prioritet' (8.1, PSA/KK). • 'EPM er ved at blive indført - og det kræver omstilling og mange nye arbejdsgange. Jeg tror at det er vigtigt at følge med i hændelser som vedrører EPM og kommende elektroniske tiltag. Der er mange faldgruber når nogle overgår til noget elektronisk mens andre endnu ikke er med og fortsat kører på gammeldags facon!!' (8.1, PSA/KK). • 'System i journalen, den er alt for rodet og vi oplever jævnligt at andre patienters papirer og labels ligger i de forkerte journaler' (G1, FE/ML). • 'Central overvågning af præmature børn, set i lyset af dårligere personalenormering. Vi hører ikke altid alarmerne, eftersom man ikke kan være på stuerne konstant, og passer flere børn samtidig. Risiko for fejlagtige observationer eller oversete apnøer' (G1, FE/ML). • 'Fokus på udfyldelse af henvisninger' (G2, FE/ML). • 'At der blev set på og fokuseret på arbejdstempoet i de sager, der har givet risikoadfærd hos personale i forhold til utilsigtede hændelser' (G2, FE/ML). • 'Fastholdelse af nye arbejdsrutiner, som følge af hændelserne' (1.8a, PSA/KK).

Eksempler på fritekst-svar fra de åbne spørgsmål 2.2a, 2.2b og 2.3b vedrørende scoring af hændelser kan ses i hovedteksten side 11-12.

Patientsikkerhedsansvarlige/kvalitetskoordinatorer: fritekst-svar

1.5 Angiv eventuelt forslag til hvordan man kan forbedre støtte / tilbage melding / rådgivning fra RiskEnheden:

1. Jeg har aldrig været ude for ikke at få den hjælp fra Riskenheden, som jeg har haft brug for
2. Vi mangler at dele viden om tiltag på de kerneårsagsanalyser der er blevet foretaget.
3. Kompetence forholdende mellem KK'er og PSA er uklar, ligeledes er informationsvejene mellem RISK enheden og ovenstående uklar
4. At de evt. kommer rundt på afdelingerne og fortælle hvilke forbedringer der er sket pga alle de utilsigtede hændelser der bliver indsendt
5. Mere støtte til analyse af hændelser med lav risiko
6. Der er stort fokus på antallet af indberetninger, frem for alvorligheden. Audits bliver dog flittigt læst og taget ad notam, mens kategori 1-episoder trætter læserne.
7. Udgivelse af blad (kvartalsvis?) med gennemgang af indberetninger opdelt på de enkelte klinikker/enheder . Tilsendes samtlige medarbejdere.
8. Jeg kunne godt ønske at rapporteringen fra Risk-enheden var mere læsbar. Jeg synes de summariske rapporter vi modtager kræver en del fortolkning og omformulering inden de kan videreformidles til PSA'ere og ledelserne.
9. 1. Kvartalsrapport vedr. egne UTh både på enheds- og speciale /afsnitsniveau. Og så en årsopgørelse x1 årligt. 2. Kvartalsrapporter om hvilke tiltag der er sket som konsekvens af indrapporterede UTH både på landsplan og på Hospitalsniveau = Nordsjællands Hospital. 3. oversigt over kerneårsagsanalyser, incl. kort analyse og handlingsplan. Kataloget kan give inspiration til eget sikkerhedsarbejde.
10. Bedre statistikker
11. Det er lige som at vi er lidt glemte på Hørsholm sygehus, måske rapporterer vi heller ikke så meget?
12. Fungerer godt. RiskEnheden deltager på nogle af vores patientsikkerhedsmøder
13. Man kunne måske mødes med dem lokalt, men jeg personlig kontakter dem jævnligt ved diverse spørgsmål.
14. Indsendt materiale fra enheden, bliver ikke kommenteret. Giver i tabeller. Gerne kommentar til bedre indrapportering. Hvad kan vi bruge materialet til. Forslag
15. Hyppigere besøg på afdelingerne, for at være mere synlig til folk på gulvet ' site seeing '.
16. Vi har møde med RiskEnheden ca hver andet måned og de 'vil os det godt'
17. Holde fast i faste møder med bestemt interval
18. Jeg savner noget mere konkret tilbage melding på alle de hændelser som bliver sendt ind - og måske lidt mere info om hvad man gør med lignende problemstillinger andre steder
19. De gør et fint arbejde, er meget aktive og gode til at informere og give tilbage meldinger.
20. Netværksmøder med flere PSA, jeg synes det fungerer godt i vores enhed
21. Dialog i.f.t. vanskelige indberetninger af utilsigtede hændelser. Råd i.f.t. hvordan involvere FE-ledere og/eller mellemledere i det daglige arbejde.
22. Elektronisk tilbage melding og altid en telefonisk kontakt på min. score 2 og 3 både til PSA er og den lokale leder

23. De er altid meget behjælpssomme, hvis man kontakter dem vedr. spørgsmål eller andet. Det, jeg måske godt kunne tænke mig, var lidt mere tilbagemelding om, hvad der sker, hvad har man gang i af sager, hvad sker der indenfor de forskellige enheder osv.
24. RiskEnheden gør det godt, kan fortsætte i samme spor
25. Jeg kunne ønske at få flere anonymiserede patientsituationer bredt ud i enhederne, når de har noget generelt, som mange kunne lære af.
26. Muligvis mere feedback på de enkelte rapporter. Hvordan kan jeg formidle det til noget konkret.
27. Månedlige tilbagemeldinger på utilsigtede hændelser.
28. Jeg savner en mail, der oplyser lidt generelt omkring de utilsigtede hændelser. Eksempelvis en gang hver 3 måned, at der kom lidt tilbagemelding på de utilsigtede hændelser der er lavet.
29. Synes at RiskEnheden gør et godt og engageret arbejde

1.7 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som er sat i gang på grund af rapportering.

1. Optimeret arbejdsgange vedrørende henvisning af patienter til fortsat genoptræning, så patienterne ikke falder mellem to stole
2. Labels til medicin der udleveres til de kliniske afdelinger, ændringer ved apparatur,
3. Vejledninger for flere procedure i enheden. planlagt audit af sekretær arbejdsgange
4. Jeg kender ikke til nogle, men har også kun været psa i 10 mdr.
5. Mulighed for luft/ilt-blanding til ventilationsposer er ikke længere til stede på afdelingen efter utilsigtet præoxygenering med kun atmosfærisk luft i stedet for ren ilt fandt sted 2 gange. Nu kun én slange med oxygen til maskeventilation på stuerne.
6. Vejledninger udarbejdet/revideret/indskærpet
7. Ingen p.t.
8. Lokal registrering netværk
9. Der har været et fokusområde indenfor medicin og et tilsvarende er planlagt indenfor hygiejne
10. Vi holder jævnligt fokusområder hvor vi på baggrund af feks. mange UTH vedr. medicinering har haft særlig fokus på dette område
11. Registrering af medicineringshændelser i 1 mdr. for at kunne analysere arbejdsgange og derved nedsætte medicineringsfejl. Patientforløbsbeskrivelse for hjernerystelses patienter. Her fået defineret visitering, samarbejdsaftaler og ansvar, fra 9 til 1 skema, både mundtlig og skriftlig afrapportering fra radiolog ved beskrivelse af akut ct-scanning. Efter en kerneårsagsanalyse (endnu ikke afholdt) må vi formentlig se på organisering af plejen og stuegangsfunktionen (samarbejde med lægerne) i et afsnit.
12. Akutkasser med adrenalin/narcanti tilhørende akut med handlingsvejledning -akutvogn - Skriftlig vejledning om medicin til patienterne, hvor præparater er beskrevet og afbilledet.
13. Medicinering
14. Ingen
15. Tonsillektomi hos under 4 årige
16. Højre / venstre konfusion. Transport med VBT / Falck
17. Medicineringshændelser i relation til EPM, kommunikation, dokumentation af sygeplejeobservationer.

18. Indsatsområder besluttet mellem PSA, KK og lokalledelse. 1. Medicinering 2. Fejldokumentation/forveksling 3. Fald 4. Kontrol af ilt og sug 5. Kompetenceudvikling af bestemt personalegruppe
19. Daglig dokumentation af tjek af ilt og sug på stuerne.
20. Iltaggregater. Rubens ballon.
21. Analyse af og sikkerhedsprocedure omkring prøvesvar.
22. Ændringer vedr. apparatur + visse procedurer
23. Gennemgang af nye vejledninger Retningslinjer og diskussion af specieludstyr
24. Opstramning af rutiner omkring medicinering opstramning af præcision af rtg henvisning visse operative situationer, hvor der kan ske fejl/forvekslinger
25. Medicinhåndtering 2 af de 5 trin til pt.identifikation + diverse småændringer løbende, når man opdager uhensigtsmæssigheder
26. Identifikation af patienter.
27. Intro af nyt personale omfatter dels orient om pt sikkerhed dels brug af medicin skemaer mr scanninger faxes straks af kontaktperson frem for efterfølgende af sekr
28. Medicinering fejl. Information til patienter bl. a. kontaktlæge ordning. Præcisering af de eksisterende retningsline både fra sundhedsstyrelsen (SSI), samt den danske kvalitetsmodel (DKM).
29. Jeg syntes der er små mange ting som bliver forbedrede pga. rapporteringen
30. Intro/gennemgang af grønne medicinskemaer.
31. 1) Udarbejdelse af undervisnings materiale/vejledninger til ekstern personale, der har sin jævnlige gang i MR-scanneren. 2) arbejde af specielle labels til peroral kontrast, der skal udleveres til indlagte patienter, for at undgå forveksling
32. Medicinskema samt cavefelter
33. Vi har fokus på nærhændelser i forbindelse med medicinering for anden gang i år.
34. EKSTRA FOCUS OMKRING MEDICINKORT
35. Nyt gelænder ved trappe efter fald.
36. Rutiner, som ikke var gode nok, er blevet ændret.
37. Hø/ve markering Pt.identifikation Henvisningsvejledning
38. Ingen Besvarelse i.f.t. 1.8. Jeg har overhovedet ikke fået afsat tid til arbejdet. Det gøres som en del af min stilling.
39. Nye rubens ballon , skema til dagligt tjek af ilt og sug i afd.
40. Medicinforveksling entydighed i med. ord,
41. Bedre og mere korrekt brug af medicin skemaet
42. Vi er blevet meget mere opmærksomme på med.adm.
43. Operationspræparater til histologisk undersøgelse. Kopi af rekvisition gemmes i 14 dage
44. Visitation blev ændret fuldstændig pga en grim hændelse
45. Sikkerhed i forbindelser med forflytninger af tunge patienter, skærpet opmærksomhed på hjerneskadede patienter. Skærpet opmærksomhed i forbindelse med medicin administration.
46. Commotio cerebri, medicinering
47. Ingen, mig bekendt
48. Medicineringsfejl

49. I vores afd. tjekker vi dagligt at ilt og sug fungerer og krydser af på et skema der hænger på patientstuen, med navn og dato for sidste tjek. Dette sker på baggrund af en utilsigtet hændelse, hvor suget i en akut situation ikke var samlet korrekt.

1.8a Angiv eventuelt hvad du først og fremmest ville bruge ekstra tid til i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet.

1. Gå mere rundt på afdelingerne, for at få de ansatte til at holde gejsten oppe til forsat at sende hændelserne. Personalet mangler tilbage meldinger fra det de sender ind.
2. Rapportere alle hændelser. Analysere enhedens lav-risikohændelser m.h.p. forbedringer.
3. Bedre orientering i stedfundne hændelser og bedre formidling.
4. Tid til indberetning, når det virkelig brænder på og fejl kan opstå.
5. Ilt og sug, lære mine kollegaer at indrapportere
6. Indberetninger. Forberedelse til tiltag. Forberedelse til møder med personale
7. Fastholdelse af nye arbejdsrutiner, som følge af hændelserne
8. Uddybning og forbedring af anmeldelserne. Bedre implementering i hverdagsarbejdsdagen. Opfølgning.
9. Patientforløb og vejledninger
10. Kontakten til andre afdelinger i forbindelse med en uth, gå mere i dybden med visse uth'er, samt kontakt/videndeling/ læring til andre afdelinger inden for samme speciale på andre sygehus
11. Patientsikkerhedsstuegange, dokumentation.
12. Indgå i det lokale arbejde på afsnitsniveau synliggøre lokale behov for indsatsområder lave aggregerede analyser af kvartalsopgørelser af rapporteringer
13. En bedre tilbagemelding til personalegruppe samt opfølgning på enkeltssager
14. Mere information til kollegaerne så de vil prioritere at indrapportere u.t.h.
15. Jeg vil få nedskrevet de opfølgninger på diverse hændelser, samt sprede viden om dette. Jeg forbereder indlæg til lokalblad, fællesmøder. Måske forberede indlæg til tamadage mm.
16. Gennemgang af nye indrapporterede hændelser som punkt på månedlig personalemøde. Opfølgning på indrapporterede hændelser 'begået' eksternt.
17. Få udfyldt rapporter straks
18. Tid til undervisning af personale/nyansatte omkring formål med registrering og hvilke tiltag der kan gøres, opfølgning på indberetninger. Tid til at hjælpe personale med udfyldelse af skema korrekt.
19. Jeg bruger tid, som er afsat til andet formål.
20. Oplysning/information til klinikerne om vigtigheden af at anmelde UTH. Opfølgning af anmeldelserne. Hvad gøres der for at hændelsen ikke sker igen.
21. Opfølgning på hændelser.
22. Opsamling på de indsendte indberetninger. Statistik på de små 'bagateller' vi ikke mere orker at indberette
23. At score og orientere på personalemøder
24. Jeg får oftest kun indrapporteret de hændelser som der ligger til mig - men der er sjældent tid til at følge op på div. hændelser ved at gå ud og snakke med de implicerede parter.

25. Scoring og indrapportering lige efter hændelsen. Opfølgning og mere snak med de involverede personer.
26. Tid til indberetninger, tid til involvering af kolleger. Tid til kvalitetsprojekter der kan medvirke til at forebygge utilsigtede hændelser
27. Superviserer kollegaer i medicinrummet, for at få indført regler og rutiner der sikre mod fejlmedicinering.
28. Undervisning og erfarings udbredelse i de enkelte afsnit Tema på Konferencer og diskussioner i de lokale arbejdsfællesskaber
29. Mere tid til opfølgning af hændelser og personer der har været involveret
30. Have mere tid til at tale med kollegerne om rapportering
31. Infm mere om den infm som jeg får fra Risk og de kurser jeg deltager i.
32. Mere dialog med de involverede parter.
33. Indrapportering og læring i personalegruppen.
34. Opsøge kollegaer mhp oplevet utilsigtede hændelser og hjælpe med at få dem rapporteret, oprydning på afdelingen i div. mapper, rum og procedurer bakker. Rod giver mange afbrydelser, når ting ikke kan findes.
35. At få indrapporteret til Risk og forberede dialog med mine kollegaer
36. Oplysning til øvrigt personale om øget indberetning og af emner
37. Mere information til min gruppe/andre faggrupper. Mere kommunikation på tværs af enheder mhp. indsatsområder Opsøgende arb./fordybelse mhp. indsatsområder
38. Ændring af kulturen. Tilbagemeldinger
39. Til at have tid til at læse mails fra Risk-enheden og arbejde mere dybdegående med de rapporteringer vi har modtaget i afdelingen, og finde mulige løsninger på de givne problemstillinger

2.2a Angiv eventuelt hvorfor du mener, det er hensigtsmæssigt, at hændelserne scores lokalt.

1. De har de bedste forudsætninger for at bedømme den umiddelbare konsekvens for patienten i den pågældende situation
2. Lokale forhold kan let have betydning for scoringen. ulempe : teksten kan let blive for ukonkret
3. Fordi vi kender til, hvordan dagligdagen hænger sammen.
4. Den direkte kontakt mellem kliniker og PSA giver mulighed for debriefing. Jeg tror det giver den mest realistiske scoring. Men det fordrer jævnlig opdatering/konsensus om hvordan risikoscoren skal forstås
5. Kendskab til hændelsernes konsekvenser findes lokalt
6. Skores af personer (PSA'er eller personalemedlem) der er 'ude i virkeligheden' med finger på pulsen. Kan bedre skelne mellem betydningsfulde eller mindre vigtige hændelser. PSA er højt fagligt kvalificeret inden for klinikkens speciale
7. Hændelser som vurderes til grad I er mange og der er risiko for at de graverende hændelser vil drukne i en central registrering. Ser man mange af en type hændelser vil det være logisk at tage problemet op lokalt undersøge forholdene og give besked videre.
8. Fordi man lokalt bedst kan bedømme, hvor ofte en given hændelse forekommer.

9. PSA'eren har umiddelbart i forbindelse med scoringen, mulighed for at snakke med den/de involverede parter. Min oplevelse er at hvis de skulle scores fra centralt hold, så ville det kræve en mere præcis og detaljeret rapportering end i dag og det vil tage længere tid inden PSA'eren bliver opmærksom på at der er et problemområde.
10. Der rapporteres til kollega man kender godt i stedet for en fremmed. Man har lokal-kendskab og kan måske gennemskue arbejdsgange, både i forhold til afrapportering med sandelig også i evt. løsningsforslag.
11. Hændelsen kan blive uddybet så scoringen bliver rigtig
12. Det er der læring i
13. Det er vigtigt at så meget som muligt vurderes og håndteres lokalt, her tror jeg også at ekspertisen er størst.
14. Det kan være svært at score hvis man ikke har været tæt på hændelsen. God diskussion om hændelsen i relation til scoring
15. Personalet trænes i at skelne mellem alvorlighedsgraderne og får en opmærksomhed på begrebet forebyggelighed. Personalet lokalt har en større mulighed at vurdere alvorligheden i en hændelse og kan måske bedre skelne mellem faktisk og potentiel score
16. Det er nemmere at få et billede af den faktiske situation. at få afklaret evt. usikkerheder.
17. Vi scorer i samarbejde med de involverede parter, fungerer godt.
18. Det er bedst, at det er de personer, som har set eller været involveret i hændelsen, der scorer.
19. Fordi det herved ofte er muligt at gå i dybden med den præcise hændelse og således finde ud af, hvordan den skal scores korrekt.
20. Det kræver som regel kendskab til fejlen for at kunne score. Der kan dog være behov for at gøre det sammen med den afdeling, hvor patienten er indlagt.
21. Det gør at jeg tænker mere over det der faktisk står og kan tale med rapportøren hvis der er uklarheder, desuden kender jeg stedet og arbejdsgangene
22. De nærmere omstændigheder omkring episoderne er kendt. Der kan tages skridt til evt. forbedringer med det samme.
23. Vi ved hvad den enkelte procedure indeholder og hvilke farer der er forbundet. Alt andet vil blive svært fortænkt. Vi vil for eksempel ikke kunne vurdere en sag i medicinsk regi
24. Det er der man bedst ved graden af alvor i hændelsen
25. Lokalt kan man få uddybet, hvad der virkelig skete i tvivlstilfælde. Lokalt kan man bedre sætte sig ind i hvad det virkelige problem var.
26. Fordi viden om hændelsens 'alvor' forefindes her
27. Ofte fordrer det opklarende spørgsmål ex. ift potentielle konsekvenser - hvordan kan diagnosen i værste fald udvikle sig ved forsinket behandling eller ved nærhændelser vigtigt at vide hvilke barrierer eksisterer ift vurdering af hvor alvorlig skaden kunne blive
28. Vi har valgt at psa score hændelserne, vi kender til hvordan tingene hænger sammen i praksis
29. Fordi det sikrer åbenhed omkring at anmelde UTS hændelser. Hele processen er kendt både af dem der er involveret og andre medarbejdere. Anmeldelsen er fortsat anonym
30. Fordi det er dem som har stået i situationen.
31. Så kan der blive rapporteret med det sammen
32. Fordi det er lokalt der er det største faglige grundlag for at vurdere hyppighed og evt følger.

33. Jeg tror det er vigtig, at det at kunne tale med implicerede parter, hvis der er tvivl om scoringen.
34. Hyppigheden er meget svær at score, hvis ikke man har sin daglige gang i specialet. Alvoren i hændelser er ofte også svær at gennemskue uden speciale kendskab.
35. Vi har brug fore at samle op hvis der er mange ens hændelser
36. Det er her at læringen skal finde sted. Medarbejderne føler at de kan få indflydelse på løsningsforslag.
37. Det er incitament for at drøfte hændelsens læringsmæssige potentiale
38. Det er os som kender konteksten for se enkelte afdelinger og hvad der evt ligger bag en hændelse.
39. Opfølgningen sker som en naturlig del af scoringen.
40. Tæt på begivenhederne
41. Fordi vi kender situationen og organisationen.
42. At vi bedre har mulighed for at tage hændelsen op, og evt flere gange og derved gøre det til en læring. Jeg tror også det gør det lettere for den der har været involveret i hændelsen at få den rapporteret. Ofte er de også selv med i forbindelse med scoringen Sidst får jeg som PSA,er også bedre indblik i hvad det er for hændelser der sker lige hos os, og kan derfor også bedre forebygge e.l.
43. De giver mulighed for en lokal læring og vidensdeling
44. Det giver debat der hvor hændelserne sker og hvor forandringerne skal iværksættes = synlighed
45. Her kender vi detaljerne
46. Det er her de ved præcist om hændelserne
47. Vi kan snakke med de implicerede
48. Det giver anledning til dialog, både med de involverede parter og kolleger i afd.
49. Bedre mulighed for detaljeret opfølgning og hermed korrekt scoring.
50. Fordi der er der hændelserne foregår, og de er de lokale der opdager dem.
51. Det er her hændelserne sker og her det er til at overskue konsekvenserne. Som diagnostisk afdeling er det i forvejen svært at få andre til at overskue vores verden, hvordan skulle de så kunne score hændelserne?
52. Bredere indsigt i faktiske hændelser
53. Fordi man er mere inde i de detaljerede forhold omkring arb.gange og selve hændelsen - og kan evt. lettere gå til personer, der har haft med hændelsen at gøre og få yderligere info hurtigere
54. Fordi man på den måde har mulighed for at diskutere om hændelsen er forstået korrekt med den der har rapporteret hændelsen, således at hændelsen også scores korrekt

2.2b Angiv eventuelt hvorfor du ikke mener, det er hensigtsmæssigt, at hændelserne scores lokalt?

1. Det er svært at vurderer værdien af de enkelte hændelser, da vurderingen let bliver meget 'farvet' af personens holdninger
2. Jeg synes det er meget svært at score korrekt.
3. Den faktuelle score er ikke svær - men den potentielle score bliver som oftest gætværk - og jeg har svært ved at se hvad den kan bruges til

4. Det er et både og. i.f. 2.2 Det er hensigtsmæssigt med lokal scoring, men der er måske dårligst tid så længe der ikke er afsat tid til arbejdet?

2.3b Angiv eventuelt eksempler på anvendelsen af scoringen i din enhed.

1. Kerneårsagsanalyse-audit
2. Ændre rutiner
3. Til iværksættelse af forbedringstiltag
4. Vi har ikke haft alvorligere hændelser, men vi havde en overgang hul i vores autoklave papir, dette lavede vi en masse score 1 hændelser på og til sidst afdækkede vi problemet ud fra dette.
5. Særlige hændelser er taget op i FE og procedure er ændret
6. Vurdering af sikkerhed for patienterne og til læring
7. At fastholde tværfaglige konferencer som en barriere for utilsigtede hændelser
8. Scoring der giver anledning til kerneårsagsanalyser handles der på
9. Temadage med relevant undervisning, nyt medicinrum, hjertestopvogn, undervisning i det daglige

3.5b Angiv eventuelt eksempler fra din enhed på handlinger / tiltag.

1. Ændret procedure for videregivelse af oplysninger vedrørende videre genoptræning
Forespurgt anden afdeling om deres nødkaldesystem og indføjet tilbagemeldingen i arbejdsgang
2. Ændring af arbejdsgange
3. Fjernelse af ens medicin fra hylderne
4. Vi har ændret vejledninger og rutiner
5. Bl.a ændring af kontorindretning og arbejdsgange
6. Fx. har vi haft fokus på håndhygiejne, kørt en kampagne i samarbejde med hygiejnesygeplejersken. Vi havde indkøbt 'glitterboc' og ultravioletlys. Det rykkede, at kollegerne så deres egne hænder under lampen i stedet for 'teori' hvor man kan tænke 'det er de andre'
7. Indenfor medicinering
8. Øget fokus på kontrol af navn og cpr.nr. Øget fokus på daglig kontrol af ilt og sug og andet udstyr til genoplivning.
9. Medicinering daglig bekræftelse
10. Hvis en hændelse sker ofte, kan vi tage den op selvom scoren ikke er så alvorlig
11. Ændring på anbringelse af apparatur.
12. De samme tilbagevendende problemer med medicineringer og situationer, hvor der er mulighed for forveksling f. eks. uhensigtsmæssig papirgang.
13. Tydeliggøre ledning til anæstesiapparat for at forhindre at det slukkes ved en fejltagelse. udskiftning af dropsæt for at forhindre tilbageløb af medicin i slange. Ens placering af pumper med medicin for at undgå at give bolus af det forkerte mm.
14. Ændring i vejledning. Anskaffelse af udstyr (stopur). Gennemgang af procedure

15. Mest anvendt i sengeafsnittet ift medicineringshændelser
16. F.eks at få fast vagt til en pt.
17. En patient fik sine fingre i klemme i apparatur og stod fastklem et stykke tid. Man har efterfølgende i samarbejde med leverandøren af apparaturet fået udarbejdet håndtag til samtlige apparater i enheden så patienterne ikke kan komme til at stikke fingrene ind hvor de ikke skal være
18. Fælles CTG undervisning for alle personale efter en score 3 hændelse
19. DER ER STOR OPMÆRKSOMHED PÅ AT ALLE PROCEDURE IFORBINDELSE MED BLODGIVNING BLIVER OVERHOLDT
20. Sikkerhed på patienternes badeværelser
21. Gelænder på trappe efter fald.
22. Medtages i den årlige kvalitetsplan: AK behandling indsats ift at optimere antal af rapporteringer
23. Genoptaget procedure i forhold til blodtransfusion. Bla. checke blodet på stuen ved siden af patienten
24. Forveksling mellem operationspræparater
25. I en måned blev medicineringsfejl registreret mhp fokusering og videre plan
26. Tiltag i forbindelse med medicin håndtering.
27. Revurdering af commotio cerebri regime
28. Vi er ved at starte en undersøgelse op omkring fejl identifikation og fejlmærkning af prøver.
29. Medicinforveksling/-fejl
30. Medicin håndtering
31. Se tidligere besvarelse ang. et sug der ikke var samlet korrekt. Desuden tjekker vi dagligt hjertestopvognen og samler rubensballon, så den er klar til brug. Dette sker på baggrund af en situation hvor to nattevagter stod i hjertestop og pludselig ikke kunne finde den ene del af rubensballonen.

3.7 Angiv eventuelt kommentarer til dit svar i 3.6a?

1. Det tiltag der skulle foretages på mit afsnit, blev afvist af daværende FE-ledelse

4.4a Angiv eventuelt et par eksempler på hvordan videndelingen med PSA'ere i andre enheder kunne suppleres.

1. Kontakt i aktuelle sager mhp at finde fælles løsninger til forebyggelse
2. Hyppigere møder med Riskenheden hvor KK er også med, med gennemgang af enhedens scoringer og evt tiltag
3. Uændret temadagsfrekvens hvor erfaringer kan udveksles
4. Risk-nyt
5. Som jeg har indikeret ovenfor, ville det være hensigtsmæssigt at der et til to gange om året var møder hvor min enheds PSA'ere kunne mødes med PSA'ere fra enheder vi har særlig meget samarbejde med. En del af de tilsigtede hændelser sker jo netop i patientens behandling eller lign i andre enheder.
6. Vi er gode til at kontakte hinanden på tværs i konkrete sager. Almen vidensdeling finder sted via RISK Enheden, og RISK nyt samt temadagen. Jeg mener ikke flere temadage er realistiske i forhold til klinik og andre akkrediterings tiltag.

7. Jeg vil gerne vide hvilke hændelser der er set i andre afdelinger, som eventuelt kan benytte her som forebyggelse. Bred erfaringsudveksling.
8. Besked fra Riskenheden om alle kerneårsagsanalyser til alle PSA'er
9. Gennemgang af utilsigtede hændelser, hvor flere enheder har været involveret. Hermed sikre læring af hændelser.
10. Orientering om hændelser og diskussion, eventuelt kunne der bruges e-mail
11. Man kunne måske have møder f.ex. mellem PSA-læger fra samarbejdende afdelinger. Hvordan organiseres arbejdet andre steder. Som supplement til de tværfaglige møder, som nok er vigtigst.
12. Aftale om hvordan og til hvem hændelser der er sket i en anden enhed men indrapporteret lokalt - formidles
13. lokale tiltag i enheden kunne 'lægges ind' under en fælles mappe med undermappe for hver enhed. så kunne man kigge på erfaringer og gode ideer fra andre enheder. Anæst enhed har sendt resultater af deres 'medicinskema med på opr' undersøgelse ud, rigtig godt og - måske lidt tilfældigt - hører vi om deres fokus områder og høster selv ved at være opmærksom på disse
14. Oversigt over tiltag og særlige problemområder
15. F.eks hvad der bliver rapporteret og hvordan man f.eks laver kerneårsagsanalyser
16. Informerer altid andre PSA'er hvis vi har en hændelse der vedrører deres enhed
17. Det kunne være godt at holde kvartalsmøder på tværs af enhederne - så man kunne tale om de forskellige hændelser som går på tværs af enhederne
18. Udvikling af nyhedsbrev. PSA'erne mødes til temadagene, og udveksling af erfaringerne igennem øget mødeaktivitet tror jeg ikke er hensigtsmæssigt.
19. Bruge de tjek skemaer der er lavet. Høre lidt om hvordan de i andre afd. har gjort i forbindelse med en hændelse så vi måske kunne undgå samme hændelse
20. Gennemsigtighed i data
21. Jeg har faktisk større behov for hyppigere at kunne udveksle erfaringer med PSA'erne indenfor egen enhed
22. KK er kunne mødes med sikkerhedsarbejde på dagsordenen. Det er for mange mennesker at tage ud af klinikken at alle PSA ere mødes.
23. Mangler en boks med ved ikke. Arbejder ikke konkret som PSA'er i det daglige.
24. Hvordan man omsætter læringen af hændelserne til praksis.
25. Man kunne afholde møder ved behov for vidensdeling.
26. Mere tid til til arbejdet - til selv at tage kontakt til andre PSA'ere i samme faggruppe evt. (bruge liste over PSA'ere vi har tilgængelig)

5.2 Angiv eventuelt forslag til forbedring af formidling / tilbagemelding fra RiskEnheden.

1. Jeg bør bemærke, at min enhed kun har ambulatoriebesøg og ikke behandler. Vi oplever derfor ikke særlige patient-sikkerheds-mæssige problemstillinger, selvom de kan tænkes at forekomme.
2. Det er svært at afse tid til en hel temadag. Jeg har valgt at prioritere de lokale møder højest, Måske skulle man lave temadag for KK'erne som refererede videre.

3. Som det jo også er Risk-enhedens intention, ser jeg Patientsikkerhedsstuegang som en rigtig god mulighed for at optimere formidling og tilbagemelding. Evt at introduktion til Patientsikkerhedsorganisationen var et fast punkt på introduktionsdagene, fulgt op af lokal introduktion. Måske en fast mødestruktur med PSA'ere og KK'ere matrikelvis, eller enhedsvis, det fungerer allerede lidt i dag; men måske mere struktureret.
4. Jeg synes den er ok, der må gerne være mere af den, artikler mv.
5. Se tidligere om kvartalsrapporter o.lign.
6. Man skal finde en balance, hvor der tænkes, rapporteres og handles når det er relevant. En byge af rapporter med fortænkte hændelser fører hurtigt til udtrætning. Folk bliver også irriterede og mister fornemmelsen af relevans. Vi skal ikke dyrke 'dukse' som er gode til at indberette. Jeg har været ude for, at PSA'ere fra andre enheder har været stærkt forargede over handlinger udført af personer i min enhed. Det var efter min bedste overbevisning ramt ved siden af.
7. Tema dagene samt staff meetingerne i diverse matrikelrene (Hillerød, Ferderikssund, Helsingør, Hørsholm m.m), Kan give mulighed for Risk Enheden til forbedre formidling.
8. Jeg syntes det fungerer fint, det skal også være i en mængde som psa kan anvende.
9. Faste møder med FE ledelsen og KK og PSAér.
10. I min enhed er en patientsikkerhedsansvarlig leder, som tager sig af dialogen og opfølgningen
11. Direkte fremmøde fra RiskEnheden i de enkelte afsnit

8.1 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som du ser behov for at få iværksat?

1. Indsatsområder i forhold til sekretærarbejdet: Journalorden, dårlige kladder, dårligt indtalte bånd o.s.v.
2. Sidemarkering
3. Yderligere beskrivelse og implementering af patientforløb
4. Mere tid til den daglige pleje
5. Medicinordination og administration
6. Bedre formidling til personalet; fast punkt på møder og konsekvent videregivelse af af statusmeddelelser fra KK'er via afdelingens 'ugeavis'
7. Håndhygiejne, medicineringsfejl, kommunikations fejl-papirgang-forvekslinger-forkert papir i journal
8. Problemer med forkerne continuationer og flere continuationer i journalerne. Dette problem er øget markant efter vi har indført 'journalskrivning i GS-åben'
9. Patientidentifikation Håndhygiejne Fortsat arbejde med medicinering og opbygning af medicinrum
10. Stadig arbejde på at fortælle, at det ikke drejer sig om placering af ansvar men at udarbejde sikre arbejdsgange og se på den måde vi er organiseret.
11. Dokumentation
12. Fejlmedicinering, medicin der ikke bliver givet
13. Fejl/tidsspilde ved henvisninger og visitation
14. Der sker alt for mange hændelser i forbindelse med sektorskift, dette mener jeg bør have en høj prioritet. Og igen igen: medicineringshændelserne.
15. Patientsikkerhedstuegange, fokus på test af småapparat (BTapparat, termometer,

pumper o.lig.) Ensartede procedurer for underretning af patienter om UTH.

16. 1. Kommunikation og dokumentation mellem faggrupper. Arbejder vi efter samme plan?
2. Igangsætte patientsikkerhedsstuegange 3. Sikre at EPM ikke får de samme svagheder som papirudgaven af medicinskemaet. 4. Skrivning af journaler straks
17. Hygiejne
18. At få reduceret medicinfejl.
19. Mere information om vigtigheden af indberetning og bedre tilbagemelding efter U.T.H. er indberettet.
20. Se tidligere punkt med hvis der var tid nok
21. Identifikation/ mærkning af patient/ prøvemateriale
22. Procedure og vejledning omkring håndtering af UH
23. EPM er ved at blive indført - og det kræver omstilling og mange nye arbejdsgange. Jeg tror at det er vigtigt at følge med i hændelser som vedrører EPM og kommende elektroniske tiltag. Der er mange faldgruber når nogle overgår til noget elektronisk mens andre endnu ikke er med og fortsat kører på gammeldags facon!!
24. Patient-fald, især forhindring af fald ud af sengen pga konfusion eller 'nat-forvirring'.
25. En større ansvarsfølelse fra den enkelte medarbejder, til at følge de 'regler' der bliver sat op
26. PSA arbejdet skal sættes i system, og der skal planlægges tid til at lave PSA arbejdet.
27. Nær hændelser i forbindelse med det nye EPM En form for sikkerhed i forbindelse med pt. der efter udskrivelse skal have tid i div. AMB. - samarbejde mellem serk. og AMB. Sikkerhed omkring vores hjælpemidler (lifte m.m.) Sikkerhed i forbindelse med overbelægning. Eller for få 'hænder'
28. Medicinområdet er et stort problem, men der er måske grænser for, hvor meget energi man skal bruge på det nu, når med. modulet er på trapperne.
29. Kampagner, som er understøttet og bakket op af direktionen, om dels håndhygiejne, uniformshygiejne og implementering af vejledningen om patientidentifikation (de 5 trin)
30. At hændelser i egen enhed i anonymiseret udgave formidles i relevante afsnit i egen enhed. Ansvarlig: PSA'erne
31. Procedure omkring medicin. Fejl som opstår pga. af kommunikation.
32. Bedre sikkerhed i forbindelse med medicin dosering, så forstyrrelser kan undgås. Bedring af forholdene i medicin rummet.
33. PSA-arbejdet er fordelt, således at ikke alle KKér er involveret i det. Derfor har jeg svaret så ved ikke i mange af dem
34. Medicinering, oprydning, personalepleje mhp sikkerhedskultur på afd.
35. ID af patienter, især for sygeplejersker og læger. Vi ser mange fejl på lab.
36. Vigtigste indsatsområde er medicindosering, men dette sikres nok automatisk bedre i forbindelse med det elektroniske medicin-modul. Kommunikation mellem patienter der er på orlov og personalet i forbindelse med undersøgelsesdatoer, hvor patienten skal komme ind på afdelingen. Det sker ind imellem at f.eks. Mr-tider og EKKO-tider ikke bliver formidlet videre til patienten, og han/hun dermed ikke møder op. Det sker også ind imellem at der er bestilt en ultralydsundersøgelse af carotis til en patient, som er udskrevet, når de kommer for at hente patienten

8.2 Angiv eventuelt hvad du gerne så som mål for arbejdet med patientsikkerhed i dit afsnit / din enhed det næste år?

1. En mere åben sikkerhedskultur
2. At inf. personalet om hvad der sker i arbejdet
3. Fast praksis angående score 1 og 2 hændelser med rapportering til FE-ledelse og feedback til personalet samt fokuserede aktiviteter for at forbedre sikkerheden. Vi har principielt fastlagt proceduren, men prioriteringen af dette er ikke plads. Det er et fælles ansvar (ledelsen KK, PSA) og ikke kun ledelsens.
4. At nedbringe, helst undgå, episoder der bringer patienterne i risiko
5. At antallet af hændelser falder og at vi fortsat har en åben og tryk kommunikation omkring hændelser
6. Vi arbejder med medicineringsfejl, både i forhold til vores 1 måneders registreringsperiode, samt journalaudit på medicinering og via tiltag til EPM (elektronisk medicinmodul).
7. Kommunikation/dokumentation
8. I forbindelse med den kommende regionsdannelse, ser jeg frem til et tæt samarbejde med de andre afdelinger inden for samme speciale.
9. At medarbejderne har en oplevelse af, at det nytter at rapportere, og der iværksættes handlinger udfra det rapporterede.
10. En mere samlet oversigt over, hvilke hændelser, der har været og mulighed for at arbejde videre med dem
11. At alle afsnit i enheden vil deltage i indberetningen hvis der sker utilsigtede hændelser
12. Bedre vidensdeling, da PSA-arbejdet ellers bliver for de indspiste, og dør ud
13. Øget oplysning og forståelse for vigtigheden af at arbejde med pt sikkerhed 'pt sikkerheds stuegang' mhp identificering af særlige risikoområder og efterfølgende fokus på enkelte områder pt sikkerhed som fast punkt på dagsordenen på pers. møder, driftsmøder, MED-udvalgsmøder, lederrådsmøder, sygepl.møder
14. Udbrede kendskabet til Utilsigtede hændelser, udarbejde procedure for håndtering af UT i.f.t. patient og i.f.t. personalet.
15. Blive ved at ændre kulturen ved korrekt forståelsen af hvad patientsikkerhedsarbejde indebærer for alle de involverende personale omkring patient behandling.
16. At der bliver registreret flere UTH og at FE ledelsen prioriterer og interesserer sig for arbejdet med patientsikkerhed noget mere, ex. afholder faste møder med PSA'ér og KK'ér.
17. Hø / Ve markering af røntgen billeder. Kortlægning af hvor stort problemet reelt er med forkert sideangivelse, samt fokus på området.
18. Overgang til EPM
19. Øget antal af indberetninger.
20. Større og synlig FE ledelsesopbakning. At rapportering blev efterspurgt
21. At være med til at sikre et indlæggelsesforløb med så få utilsigtede hændelser som muligt. gemmen at være med til at sikre de daglige gøre mål. at rutiner og retningslinier er let tilgængelige og bruges m.m.m.
22. At få med. modulet implementeret på en ordentlig måde.
23. At personalet ikke bærer ure, ringe og armbånd. At der er opsat håndsprit mange flere strategiske steder end i dag. At der er en ren uniform til alle hver dag.

24. At skader i forbindelse med forflytninger af tunge patienter minimeres / helt undgås. At rejs i forbindelse med medicin håndtering ophører.
25. At vi fik ressourcer til at imødegå gentagne utilsigtede hændelser indenfor samme emner
26. Større sikkerhed ved medicinering. Bedre rapporterings-kultur, hvor personalet prioriterer rapportering af hændelser højere.

FE-ledere og mellemledere: fritekst-svar

A4 Angiv eventuelt forslag til hvordan man kan forbedre støtte / tilbagemelding / rådgivning fra RiskEnheden

1. Støtte til PSA'ere til videreformidling i personalegruppen og til ledere. Den foregår allerede nu vha. aktive PSA'ere, men analyse og konsekvens kan være svær at få systematiseret.
2. Månedlige tilbage meldinger om antal af anmeldelser og årsager
3. Formaliseret rapportering
4. Bare en tilbagemelding på at de havde modtaget anmeldelse.
5. Mindre tidskrævende og bedre orientering
6. Åbent brev til afdelingen, 'avis' evt. som e-post
7. Materialet der leveres tilbage fra riskenheden kunne gøres mere anvendeligt
8. RiskEnheden gør det godt, de står altid til disposition og er klare i deres informationer.
9. F.eks. kvartalsvise tilbagemeldinger
10. Mere påholdende overfor at holde kerneårsagsanalyse. Hjælpe enhederne de første gange så metoden læres
11. Tilbagemelding om konkrete sager direkte til afd.
12. Hurtigere tilbagemeldinger på de emner der har været fokus på. De statistikker der udsendes er helt ubrugelige, burde erstattes af noget bedre og mere brugbart.
13. F.eks. udsendelse af månedlig eller kvartalsvis redigeret og kommenteret resumé af periodens indberettede utilsigtede hændelser, iværksatte samt forslag til tiltag for at undgå samme i fremtiden m.v.
14. Kontaktperson hos RiSk
15. Tættere formaliseret samarbejde mellem den enkelte enhed, de patientsikkerhedsansvarlige og RiSk-enheden
16. Det er mit indtryk at vores PSA er i løbende kontakt med RiskEnheden. Løbende statistikker overanmeldelser og afgørelser ville være en fordel.
17. Mit indtryk er at RiskEnheden udfører den opgave de skal - problemet er blot at de tiltag der iværksættes efter en kerneårsagsanalyse, drukner i øget produktivitet - og derfor handler det dagligt om 'brandslukning'
18. Støtte skal komme via dialog med kolleger og ikke udefra. Riskenheden skal blot generere overordnet rådgivning og foretage registrering/formidling af indrapportering.
19. Det er svært sat gennemskue de tal der står i skemaerne, hvis det skal formidles videre til den øvrige del af personalet. Lederne sidder ikke selv med anmeldelserne. Måske er der ikke samme opfattelse af hvad der skal anmeldes, somme tider synes tallene forbavsende små.

20. Mere synlighed
21. Har fungeret upåklageligt.
22. Statistik over UTH fordelt på afdelinger
23. At Risk enheden kommer ud i enhederne og fremlægger hændelser samt indsatsområder.
24. Som netop sket med en kærneårsagsanalyse. Desuden med grad 3 utilsigtede hændelser, der skønnes at have almen interesse
25. Fast mødestruktur Orientering af enheden direkte hvis der er indrapporteret noget som vedrører denne. RiskEnheden er for anonyme
26. Fast møderække
27. Gerne hjælp til konkrete handleplaner på det indrapporterede
28. Mener det fungerer ok
29. Kortfattet beskrivelse af problemområder, evt. med løsningsforslag
30. Det skal jeg ikke kunne sige, men de opleves meget langt væk! Måske skulle de komme ud og 'lære os' hvordan en uge med tema - patientsikkerhed håndteres...

A6 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som er sat i gang på grund af rapportering.

1. Papirgange, journaldisciplin, patientidentifikation, infusionspumper, medicinskema, ilttilskud til opvågningspvt.
2. Medicinering, patientløft, identifikation af patienten
3. Fald, medicin
4. Utilsigtet hændelse fra anden afdeling skal gemmngås hos os. Pt. havde en kort indlæggelse.
5. Sygeplejersker må ikke give medicin der ikke er underskrevet af læge på specialmedicin skema
6. Patientidentifikation inden patient afhentes til operationsgang. At der skal være overensstemmelse mellem navn på journal, og den rette patient.
7. O2 til alle patienter fra operation til opvågning
8. Akutkasser med adrenalin en med narcanti.
9. Udfyldelse af medicinskemaer. Risikovurdering præoperativt
10. Arbejdsgange ved beskrivelser af undersøgelser. Fokus på korrekt patientdata Indførelse af engangs ruben balloner
11. Rapport ved overflytninger. Corneacare. Sprøjter med luerlock til infusioner. Brugen af Medicinskemaerne bedret.
12. Opstramning af allerede vedtagne procedurer
13. Optimering og fokus på medicineringen optimering af arbejdsgangsanalyser omkring journalføring/dokumentation/kommunikation
14. Fast iltbehandling til patienter under transport fra operationsstuen til opvågningen.
15. Medicinrum, sengeforhøjere, procedure lavet om til medicinophædning, kurser i medicinering for både social og sundhedsassistenter og sygeplejersker, brug af faste vagter, markering af trappe nedgange
16. Jeg er daglig leder i en sterilcentral og har ikke problemerne inde på livet

17. Vejledning om sepsis behandling udarbejdet efter kerneårsags analyse.
18. Ilttilskud under ptt transport fra op stue til opvågning
19. Der har været problemer med tlf. kontakt fra Falck til skadestuen i FRS, det var en hy person som tog tlf. hver gang med forvirring omkring behandling af patient til følge. Der er anskaffet en dect-tlf til vagthavende sygeplejerske for at bedre kontinuiteten.
20. Opstramning i brugen af medicinskemaerne
21. Undervisning - opdatering af et helt afsnits personalegruppe. Opdatering af viden for at kunne varetage sygepleje/observationer til den patientkategori som de i realiteten har i afsnittet, men som de ikke har kompetencer til.
22. Medicinering
23. Øget opmærksomhed på områder der skal indrapporteres
24. Optimering af medicinerings arbejdsgange & medicinskema
25. Ændring af instrumentudvalget i instrumentbakker, som følge af utilsigtede hændelser
26. Sondeernæring, i.v.medicinering, ilt-atm.-aggregat-tilslutning til maske,
27. Kontaktpersonordning og medicinering
28. Medicinfejl
29. Overflytninger af patienter Journalføring Medicinering
30. Ekstra kontroller når svar lægges i journaler. Seng i stedet for briks til for undersøgelse af PT.
31. Identifikationsproblemer på prøvematerialer, forbytninger
32. Temadag med fokus på patientforløb/gentagne utilsigtede hændelser og patientklager
33. Opfølgning sker generelt
34. Journalaudits vedr. medicinering
35. Journalaudit vedr. medicin, en gang månedlig.
36. Regler for medicinrum og dosering af medicin
37. Vi er i gang med en skrivelse til praktiserende læger vedr. prøvemateriale og identifikation af patienter. Der modtages i LDE forkert og ikke korrekt mærket prøvemateriale i stor grad, og indsatsområdet går på at bedre disse forhold til gavn for patienterne.
38. Arbejdsgange omkring prøvesvar, stuegang, kontaktperson. Serviceaftaler på ilt/sug er genindført.
39. Vi lægger stor vægt på at aflyse patienter, så de ikke skal møde frem unødigt
40. Kvalitetsplan med fokus på medicingivning og fokus på dokumentation i journalen
41. At forebygge cirkulatoriske bivirkninger ved postoperativ smertebehandling At sikre korrekt medicinordination og dispensering
42. Problemer med nye inf.pumper

C2b Angiv eventuelt kommentarer til dit svar i C2a.

1. Det inddrager flere Enhedsledelser - vi forsøger at skrive os ud af det - men efter 14 dage gør andre som de plejer, grundet produktiviteten
2. Ingen kommentarer
3. Der er ikke nedskrevne handlingsplaner, meget beror på den /de enkelte personers opfattelse af forløbet, ikke alle personale grupper ser ens på disse hændelser

G1 Angiv eventuelt eksempler på indsatsområder, som du ser behov for at få iværksat?

1. Ved overbelægning, brand. iltflasker på gangene
2. Mere personale, og tid til ordentligt arbejde. Det ville mindske uheld meget.
3. Mere tid og personale til disse opgaver er vigtigt, hvis det skal lykkes at få medarbejderne til at være en del af denne opgave. Der er for få ressourcer. Viljen er ok
4. At plejepersonale sikrer at der er overensstemmelse mellem patient og navn på journal. At andre faggrupper/serviceass. ikke drages til ansvar for at have afhentet forkert patient, og at patienten nåede helt ind på operationslejet, før fejlen blev opdaget.
5. Medicin
6. Sikkerhed vedrørende beregning af medicindoser (burde være koblet op på EPM, men er det ikke)
7. Korrekte udfyldte henvisninger der lever op til EU-regulativet vedr. røntgenstråler.
8. Korrekt håndtering af medicinering i forbindelse med udskrivelse af en patient
9. Vores enhed kan forbedre arbejdet omkring opfølgningen på de indberettede hændelser og før- hændelser
10. Medicinskemaer. Lejring af operationspatienter. Korrekt udfyldelse af anæsthesiskemaerne.
11. Dialog med de patientbærende enheder omkring næsten-fejl
12. Ændring af medicin rum så der er mere plads og udluftning så døren kan lukkes og man dermed ikke bliver forstyrret med risiko for at lave fejl i ophældningen
13. Fortsat medicineringsproblemerne, fald,
14. Praksis for samtale med patienter og personale ved utilsigtede hændelser.
15. At de indberettede hændelser bliver implementeret - Nogle afsnit indberetter ikke grundet tidsnød, andre samarbejdspartnere har den indstilling at man indrapportere mindst muligt - da det giver dårligt image.
16. Hygiejneproblemer (risiko for smitte) f.eks. i forhold til hjælpemidler, som ikke bliver ordentlig rengjort før næste patient bruger dem.
17. Forenkling af arbejdsgange. Nedbringelse af registreringsvanviddet. Focus på patienten fremfor akkreditering som paradenummer.
18. Patienter med synkebesvær som alligevel tilbydes 'alm kost'. Sikring af cognitivt dårlige patienter der er til fare for sig selv eller andre, tættere oppasning af fast personale- evt skærmet enhed.
19. En indsats for generelt at hæve uddannelsesniveaueet så det er viden og indsigt der gør at alle har fokus på det samme mål
20. Yderligere optimering af medicinering evt. via EPJ-modulet, som ligeledes vil kunne sikre overgangene fra primær til sekundær sektor og vice versa
21. Dobbeltkontrol ved dosering af lægemidler til patienten
22. Indberetninger er endnu ikke fuldt implementeret. Personalet er alle bekendt med 'utilsigtede hændelser' men glemmer ofte at indberette. Personalet kan nemt opleve at de 'drukner' i papirarbejde.
23. Dialog arbejde om hvor vigtig pt. sikkerhedsarbejde er blandt alle der har med pt. at gøre i pt. gang gennem sygehuset.

24. Tid til at indberette utilsigtet hændelser, der er i det daglige ikke tid til at indberette, hvis patienterne skal have en basal pleje og behandling
25. Anvendelse af medicin skema.
26. Har ingen specifikke overvejelser
27. Medicin: Hvorfor sker der så mange medicineringshændelser?
28. Elektronisk patientjournal klare vejledninger for forskellige procedurer, hvem gør hvad
29. Afventer
30. Formaliserede møder iml. klinikledelser og psa'ere
31. Faldforebyggelse
32. Større sikkerhed for at man kan få fast vagt ved behov.
33. Medicinering og det er en skal opgave da EPM starter først i det nye år
34. Intet konkret
35. Central overvågning af præmature børn, set i lyset af dårligere personalenormering. Vi hører ikke altid alarmerne, eftersom man ikke kan være på stuerne konstant, og passer flere børn samtidig. Risiko for fejlagtige observationer eller oversete apnøer.
36. System i journalen, den er alt for rodet og vi oplever jævnligt at andre patienters papirer og labels ligger i de forkerte journaler. En mere bred opfattelse af pt sikkerhed i alle personalegrupper
37. Håndtering af blodkomponenter via EPM, herunder patientidentifikation via skanning af strejkode på ID-armbånd.
38. Jeg mener at lægerne skal tage deres del af ansvaret...

G2 Angiv eventuelt hvad du gerne så som mål for arbejdet med patientsikkerhed i dit afsnit / din enhed det næste år?

1. Fortsætte nuværende kurs med diskussion i personalegruppen med direkte patientkontakt om hændelser + nær-. Fastholde fokus på uhensigtsmæssigheder, rapportere relevant. Bred involvering. Højt informationsniveau.
2. En stabsfunktion til FE ledelsen skulle holde møder med personale, det kan personalemedlemmet der er PSA ikke nå.
3. At der blev set på og fokuseret på arbejdstempoet i de sager, der har givet risikoadfærd hos personale i forhold til utilsigtede hændelser.
4. At dokumentationen sættes i højsædet, såvel udførte handlinger som initialer.
5. Kulturændring så alle opfatter området som centralt for vores funktion
6. Fokus på udfyldelse af henvisninger.
7. At antallet af utilsigtede hændelser reduceres med 50%
8. Fortsat indsats omkring korrekt medicinering
9. Det kunne dokumenteres at antallet af fejl blev reduceret
10. Korrekt udfyldelse af anæsthesiskemaerne
11. Intet behov for rapportering af utilsigtede hændelser
12. At det er en naturlig del af hverdagen og at man snakker om det
13. Utilsigtede hændelser og KÅA indgår i vores arbejde med udbredning af data fra vores databaser (incl. kliniske) til brug for arbejdet med kvalitetsudvikling.

14. Nedskevne retningslinier for information af patienter og pårørende, som har været udsat for en UTH
15. Minimering af antallet af utilsigtede hændelse systematiseret anvendelse af den viden som analysen af hændelserne giver.
16. Offentliggørelse af indsatsområder og vurdering af om indsatsen har virket efter hensigten.
17. At steriliteten bevares på maximalt plan
18. At få de sidste afsnit i enheden med!
19. Min naivitet siger mig at dette kan være en god metode at ændre nærhændelser/utilsigtede hændelser - men virkeligheden er noget andet - hvis alt blev indberettet i hele systemet - kunne det have effekt - som nu??
20. Fast rengøringsprocedure for hjælpemidler. Større fokus på smitterisici
21. Forenkling.Forenkling.Forenkling.det er det eneste der for alvor højner sikkerheden.
22. Større fokus, offentliggørelse af de uheld der sker. Mere detaljeret tilbagerapportering til ledelserne.
23. Mere uddannelse, større arbejdsglæde herved bedre arbejdsmiljø og bedre og sikrere patientbehandling
24. Mere fokus/større prioritering på utilsigtede hændelser. Dette vanskeligt, da der i forvejen bruges utrolig meget tid på dokumentation.
25. Lejring og lejringsskader Hvem tager ansvar for lejringen. Hvem tilbagemelder om lejringsskader der opstår som senskade f.eks. efter at pt. er udskrevet
26. At vi fik tid til at indberette ville være en rigtig god start
27. At der ligger en fælles praksis og den bliver implementeret. At vi bliver endnu bedre til at indrapportere. At personalet oplever at de er med til at gøre en indsats for sikkerheden, ved evt. information fra RISK enheden
28. Har hørt om noget, der kaldes 'patientsikkerhedsstuegang'. Ved ikke hvad det præcist er, men titlen lyder som en mulighed for at fokusere på forløb og praksis m.v. med henblik på at fremme patientsikkerheden
29. Større orientering om hvad der sker på afdelingerne og hvad vi kunne gøre for at hindre det.
30. Afventer
31. Uden at vide hvordan kunne jeg tænke mig at arbejdet blev mere positivt fokuseret, nu opererer vi på baggrund af fejl og hændelser, kunne vi operere mere proaktivt? Jeg ser bla indførelse af EPm som et sådant eksempel
32. Færre uheld, spec. faldulykker og medicineringsfejl.
33. Jeg tror arbejdet med EPM strækker sig over det meste af året
34. Intet konkret
35. Gøre afsnittet mere sikkert med hensyn til overvågning og observation af vore mindste børn.
36. System i journalen. At opnå en større forståelse i alle personalegrupper for betydningen af pt sikkerhed
37. At vi mindsker fejl yderligere gennem fortsat indsats
38. At det blev en tværfaglig indsats!

Appendiks 4: Introduktionsbrev fra RiskEnheden/FoQUS

[7. november 2006]

Kære patientsikkerhedsansvarlige og kvalitetskoordinatorer
[funktionsenhedsledere og mellemledere]

Vedr.: evaluering af rapporteringssystem - elektronisk spørgeskema følger

Ved indførelsen af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amt i april 2004 blev det besluttet at foretage en evaluering af systemet efter 2 års drift. Denne evaluering foregår nu efter beslutning i Akkrediteringsstyregruppen og ledergruppen. Evalueringen foretages af FE-ledere, mellemledere, de patientsikkerhedsansvarlige og kvalitetskoordinatorerne, to spørgeskemaer.

Formålet med evalueringen er at få beskrevet erfaringer med brug af rapporteringssystemet. Den frembragte viden skal anvendes til justering af rammerne for organisering og drift af rapporterings- og tilbagemeldingssystemet.

Undersøgelsen er planlagt af RiskEnheden/FoQUS men gennemføres af Forskningscenter Risø, Afdeling for Systemanalyse. Du vil modtage en e-mail fra Risø med et link til spørgeskemaet. Vi vil bede dig om at udfylde dette elektroniske spørgeskema, som det tager ca. 15 minutter at besvare. Du skal give udtryk for din personlige mening og holdning og svare, hvad der umiddelbart falder dig ind.

Risø har lang tids erfaring med gennemførelse af spørgeundersøgelser om sikkerhed og sikkerhedskultur, og Risø garanterer for anonymitet af svar. Svardata bliver opgjort på gruppeniveau og det vil ikke være muligt at identificere svar fra enkeltpersoner eller mindre grupper. Resultaterne fra undersøgelsen vil blive analyseret og beskrevet af Risø i en rapport, som vil blive uddelt i Funktionsenhederne og til andre interesserede i FAS.

Kvaliteten af undersøgelsen afhænger bl.a. af svarprocenten – vi håber derfor, at du vil hjælpe os med at besvare skemaet

Evt spørgsmål kan rettes til RiskEnheden. På forhånd tak for din besvarelse og din tid.

Med venlig hilsen

Anne Mette Fugleholm, FoQUS
Inge Ulriksen, RiskEnheden/FoQUS
Henriette Lipczak, RiskEnheden/FoQUS

Appendiks 5: Invitationsmail fra Risø/RiskEnheden



Forskningscenter Risø: Spørgeskemaundersøgelse om rapportering i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen

Kære Patientsikkerhedsansvarlige/Kvalitetskoordinatorer [[funktionsenhedsledere og mellemledere]

Du har i dag modtaget en mail fra RiskEnheden FoQUS om evaluering af rapporterings-systemet i FAS gennem en spørgeundersøgelse blandt amtets FE-ledere, mellemledere, de patientsikkerhedsansvarlige og kvalitetskoordinatorerne.

Som beskrevet i mailen fra RiskEnheden foretages undersøgelsen af Forskningscenter Risø, som sikrer anonymitet af svar. Hver enkelt mail-adressat får tildelt en unik kode, som bliver aktiveret, når du klikker dig ind på spørgeskemaet. Mail-adresser bliver derved holdt principielt adskilt fra systemet, som modtager svardata. Svardata opgøres kun på gruppeniveau og kun for større grupper, dvs. for de store FE-enheder, specialer, og faggrupper, og for ingen gruppe under 10 personer. Det vil således ikke være muligt at identificere svar fra enkeltpersoner eller mindre grupper.

Når du er gået i gang med besvarelsen kan du uden videre afbryde ved at trykke på knappen "gem til senere" og gennemføre besvarelsen senere. Men når du først har afsluttet og afsendt besvarelsen, kan det ikke ændres. Ved manglende besvarelse vil du modtage en rykker.

I skemaet står "PSA" for patientsikkerhedsansvarlig, og "KK" for kvalitetskoordinator.

Klik venligst på dette link for at begynde din besvarelse: [\[klik her\]](#)

Hvis du har spørgsmål er du velkommen til at henvende dig til en af os.

Med venlig hilsen

Henning Boje Andersen, Forskningscenter Risø, tlf. 4677 5141, hba@risoe.dk

Inge Ulriksen, RiskEnheden, tlf. 4829 4664, IMU@fa.dk

Henriette Lipczak, RiskEnheden, tlf. 4829 4733, HELIP@fa.dk

Risøs forskning skal være med til at løse konkrete problemer.

Vi sætter mål for forskningen gennem løbende dialog med erhvervsliv, det politiske system og forskere.

Effekten af vores forskning er bæredygtig energiforsyning og ny teknologi til sundhedssektoren.

